

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA<br/>CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E<br/>ARTES<br/>NÚCLEO DE CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS<br/>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS<br/>HUMANOS, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

## **JUSTIÇA, PSIQUIATRIA E OUTRAS DROGAS: INSTITUIÇÕES FISSURADAS PELO MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

**DANIEL ADOLPHO DALTIM ASSIS**

Orientadora: Profa. Dra. Luziana Ramalho Ribeiro

Linha de Pesquisa: Territórios, Direitos Humanos e Diversidades Socioculturais

**JOÃO PESSOA – PB**

**JULHO - 2019**

**JUSTIÇA, PSIQUIATRIA E OUTRAS DROGAS: INSTITUIÇÕES FISSURADAS  
PELO MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

**DANIEL ADOLPHO DALTIM ASSIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa De Pós-Graduação em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em cumprimento às exigências para obtenção do título de Mestre em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, Área de Concentração Territórios, Direitos Humanos e Diversidades Socioculturais

Orientadora: Profa. Dra. Luziana Ramalho Ribeiro

Linha de Pesquisa: Territórios, Direitos Humanos e Diversidades Socioculturais

**JOÃO PESSOA – PB**

**2019**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

A848j Assis, Daniel Adolpho Daltin.

JUSTIÇA, PSQUIATRIA E OUTRAS DROGAS: INSTITUIÇÕES FISSURADAS PELO  
MANICÔMIO JUDICIÁRIO / Daniel Adolpho Daltin Assis. - João Pessoa, 2019.  
257 f.: il.

Orientação: Luziana Ramalho Ribeiro.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Drogas. 2. Prisão. 3. Manicômio Judiciário. 4. Medida de Segurança. 5.  
Análise do discurso. I. Ribeiro, Luziana Ramalho. II. Título.

UFPB/CCJ

**JUSTIÇA, PSIQUIATRIA E OUTRAS DROGAS: INSTITUIÇÕES FISSURADAS  
PELO MANICÔMIO JUDICIÁRIO**

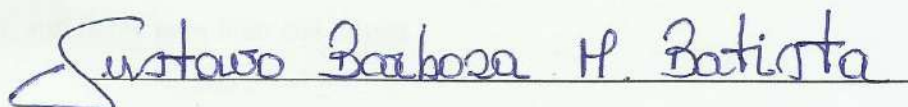
**DANIEL ADOLPHO DALTIN ASSIS**

Trabalho aprovado em: 01/08/2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Luziana Ramalho Ribeiro (Orientadora – PPGDH/UFPB)



Prof. Dr. Gustavo Barbosa de Mesquita Batista (Examinador Interno – PPGDH/UFPB)



Prof. Dr. Nelson Gomes Junior (Examinador Interno – UFPB)

---

Prof. Dr. Fabio Gomes de França (Examinador Externo – PPGDH/UFPB)

**JOÃO PESSOA – PB**

**JULHO - 2019**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que dividiram comigo um pouco de paciência, escuta e conhecimento, atributos fundamentais de muitas dimensões da vida para uma relação democrática. E, para além do agradecimento, destaco duas dessas pessoas com quem troco cotidianamente, pois, certamente, tais atributos não lhes faltam.

Alyne, com quem desagüei a dissertação e a vida: companheira que teve paciência ao me aguardar diante da tormenta dos desejos, escuta ao me levar junto na correnteza, e conhecimento ao me acolher em mar aberto, na ponta oriental das Américas.

Cecília, a menina do cordão encantado, dos olhos musicais e da vivacidade cativante. Você, Cecília, foi gerada, gestada e nascida enquanto eu tentava fazer o mesmo com essa dissertação. Por isso, Cecília, você já demonstrou paciência ao me ver tentando lhe entender, escuta ao me compreender sem exigir nada em troca, e conhecimento ao notar que ainda não cresci o suficiente para falar sua língua.

## RESUMO

No Brasil do último século, a história da loucura tem no cárcere um importante álibi social e propulsor de discursos periculosistas. Nessa centúria, a impulsão da engrenagem se intensifica na medida em que o uso de drogas se apresenta como fundamental componente a incluir o manicômio judiciário na agenda de guerra às drogas. Na presente pesquisa, expusemos o contexto judiciário em que o consumo de substâncias psicoativas repercute na determinação judicial de cumprimento de medidas de segurança no Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba. Nosso objetivo foi compreender como o uso de drogas torna-se elemento de formações discursivas que, em nome do controle sobre a periculosidade, instam autoridades judiciárias a submeter o sujeito ao tratamento penal-psiquiátrico compulsório. Selecionado o período de 2002 a 2017, em primeiro plano, obtivemos resultados quantitativos sobre a realidade judiciária-manicomial no estado, com base em dados coletados em processos criminais de 256 pessoas que passaram pelo manicômio judiciário. Por meio de filtros aplicados nesse universo, no segundo momento, debruçamo-nos sobre 12 processos que nos mobilizaram a analisar os discursos em torno da tríplice interface uso de drogas / prisão / psiquiatria, os quais tenham resultado na determinação da medida de segurança de internação. Almejamos compreender os discursos que orientam e subjazem às relações de poder, tão individualizantes quanto totalizadoras, na construção do itinerário institucional de segurança para o qual concorre o debate sobre o uso de drogas. Apesar de, pela atual lei de drogas, tal comportamento não mais ensejar pena de prisão - realidade à qual se somam os efeitos do trintênio da reforma psiquiátrica brasileira que pouco se voltou aos loucos infratores -, o escape ao manicômio judiciário parece inevitável para a história e sedutor para as autoridades judiciárias. Por meio de seis categorias nomeadas situações-limite, acompanhadas de questões orientadoras, analisamos discursos que orbitaram em torno dos seguintes temas: detração penal, laudos periciais, álcool e outras drogas, defesa técnica, divergência entre direito e psiquiatria, responsabilidade da família. Apresentaram-se mais contradições do que soluções. Abriram-se caminhos que nos mostraram que o itinerário institucional de segurança ao qual é submetida a pessoa em medida joga, perigosamente, com tempo, palavra e sujeito em foucaultiano discurso ubuesco. Desse labirinto propusemos saídas estratégicas que perpassam, afora as reflexões teóricas, as lutas pela garantia de direitos humanos dessa população duplamente assujeitada.

**Palavras-chave:** Drogas. Prisão. Manicômio Judiciário. Medida de Segurança. Análise do discurso.

## ABSTRACT

In Brazil of the last century, the history of madness has in jail an important social alibi and propeller of periculosistas discourses. In this century, the driving force of gear is intensified as drug use presents itself as a fundamental component to include the judicial asylum in the drug war agenda. In the present research, we have exposed the judicial context in which the consumption of psychoactive substances has repercussions on the judicial determination of compliance with security measures at the Institute of Forensic Psychiatry of Paraiba. Our objective was to understand how the use of drugs becomes an element of discursive formations that, in the name of control over dangerousness, urge judicial authorities to subject the subject to compulsory criminal-psychiatric treatment. We selected the period from 2002 to 2017, in the foreground, we obtained quantitative results on the judicial-manicomial reality in the state, based on data collected from criminal cases of 256 people who went through the asylum. Through filters within this universe, in the second moment, we focus on 12 processes that have mobilized us to analyze the discourses around the triple interface drug use / prison / psychiatry, which result in the determination of the security measure of hospitalization. We aim to understand the discourses that guide and underlie the relations of power, both individualizing and totalizing, in the construction of the institutional security route for which the debate about drug use competes. Despite the fact that, under the current drug law, such behavior no longer leads to imprisonment - a reality to which are added the effects of the three-year-old Brazilian psychiatric reform, which has not turned itself to crazy offenders - escape to the mental asylum seems inevitable for history and seductive to the judicial authorities. Through six categories called limit situations, accompanied by guiding questions, we analyzed discourses that orbited around the following themes: criminal detraction, expert reports, alcohol and other drugs, technical defense, divergence between law and psychiatry, family responsibility. There were more contradictions than solutions. Paths have been opened that have shown us that the institutional itinerary of security to which the person in question is subjected, dangerously, plays with time, word and subject in Foucauldian speech of the ubuesque. From this labyrinth we proposed strategic exits that go beyond the theoretical reflections, the struggles for the guarantee of human rights of this doubly assuaged population.

**Keywords:** Drugs. Prison. Judicial Asylum. Security Measures. Discourse Analysis.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CEDECA – Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CIFIS - Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNPCP/MJ - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CONAD - Conselho Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

CPJM – Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguar

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECTP - Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

EMPAP - Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial

EUA – Estados Unidos da América

EVCP – Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HCTP - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HNA – Hospital Nacional de Alienados

HP II – Hospital Pedro II

INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

IPF - Instituto de Psiquiatria Forense

LBI – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

MJ - Ministério da Justiça

MNLA - Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MNPCT - Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental

ONU - Organização das Nações Unidas

PAILI - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

PAI-PJ - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

PNAISP - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional

PNASH - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

PVC - Programa de Volta pra Casa

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

TJ/PB - Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

TJ/SP - Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UNIBAN – Universidade Bandeirantes

## **LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gráfico 1 – Taxa de ocupação prisional Paraíba e Brasil.....            | 22  |
| Tabela 1 - Quantidade de processos físicos e eletrônicos por ano.....   | 72  |
| Tabela 2 - Quantidade de processos por ano por comarca.....             | 73  |
| Tabela 3 - Quantidade de processos físicos por ano por comarca.....     | 74  |
| Tabela 4 - Quantidade de processos eletrônicos por ano por comarca..... | 75  |
| Quadro 1 – Processo de ACMP.....                                        | 81  |
| Quadro 2 – Processo de ERFJ.....                                        | 82  |
| Quadro 3 – Processos de FW.....                                         | 83  |
| Quadro 4 – Processo de FMF.....                                         | 84  |
| Quadro 5 – Processo de FAF.....                                         | 85  |
| Quadro 6 – Processo de GGB.....                                         | 86  |
| Quadro 7 – Processo de JBS.....                                         | 87  |
| Quadro 8 – Processo de JMF.....                                         | 88  |
| Quadro 9 – Processo de MFC.....                                         | 89  |
| Quadro 10 – Processo de DPS.....                                        | 90  |
| Figura 1 – excerto de processo judicial.....                            | 117 |
| Figura 2 – excerto de processo judicial.....                            | 118 |
| Figura 3 – excerto de processo judicial.....                            | 119 |
| Figura 4 – excerto de processo judicial.....                            | 120 |
| Figura 5 – excerto de processo judicial.....                            | 120 |
| Figura 6 – excerto de processo judicial.....                            | 121 |
| Figura 7 – excerto de processo judicial.....                            | 125 |
| Figura 8 – excerto de processo judicial.....                            | 126 |
| Figura 9 – excerto de processo judicial.....                            | 126 |

## SUMÁRIO

|                                                                                                                |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                                                        | <b>11</b>  |
| <b>CAPÍTULO I – PRISÕES BRASILEIRAS E PARAIBANAS: ONDE ESTAMOS PISANDO .....</b>                               | <b>18</b>  |
| 1.1. Dados sobre situação prisional no Brasil .....                                                            | 18         |
| 1.2. A Paraíba no contexto brasileiro .....                                                                    | 22         |
| 1.3. Medidas de segurança em tempos de Reforma Psiquiátrica no Brasil .....                                    | 24         |
| 1.4. As medidas de segurança na Paraíba .....                                                                  | 28         |
| <b>CAPÍTULO II - CHAVES DE LEITURA .....</b>                                                                   | <b>31</b>  |
| <b>CAPÍTULO II - UM OLHAR SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS .....</b>                                                | <b>39</b>  |
| 3.1. A tradição psiquiátrica .....                                                                             | 39         |
| 3.2. Das lutas antimanicomiais à política de saúde mental .....                                                | 41         |
| 3.3. Drogas e medida de segurança .....                                                                        | 46         |
| 3.4. Crack em jogo .....                                                                                       | 48         |
| <b>CAPÍTULO IV - O MÉTODO NA MEDIDA INCERTA .....</b>                                                          | <b>56</b>  |
| 4.1. Passos que transpassam para não trespassar .....                                                          | 56         |
| 4.2. Na medida do compasso .....                                                                               | 58         |
| <b>CAPÍTULO V – MÃOS AO AUTO! .....</b>                                                                        | <b>68</b>  |
| 5.1. Os processos – “o que não está nos autos não está no mundo” .....                                         | 68         |
| 5.2. Achados e perdidos – começando pelo fim .....                                                             | 69         |
| 5.2.1. Perdidos no cárcere – dados gerais .....                                                                | 72         |
| 5.2.2. Achados nos autos – dados, mas têm um preço! .....                                                      | 76         |
| 5.3. Achados e perdidos - A rota da droga e do sujeito no processo criminal .....                              | 79         |
| 5.4. Processos viciados – como e o que analisar? .....                                                         | 100        |
| 5.5. “Mentiras sinceras me interessam”: as drogas dos processos .....                                          | 105        |
| 5.5.1. Situação-limite 01: Não garantia do direito à detração penal .....                                      | 107        |
| 5.5.2. Situação-limite 02: Ausência de fundamentação teórica e metodológica nos laudos psiquiátricos .....     | 112        |
| 5.5.3. Situação-limite 03: Adição, pelos peritos, de outras drogas a partir do enquadre do uso do álcool ..... | 142        |
| 5.5.4 Situação-limite 04: posição da defesa consonante com o itinerário institucional de segurança .....       | 172        |
| 5.5.5. Situação-limite 05: Divergência entre direito e psiquiatria .....                                       | 174        |
| 5.5.5.1. Periculosidade. Imputabilidade. Capacidade. Drogas. Internação .....                                  | 188        |
| 5.5.5.2. Cronicidade .....                                                                                     | 201        |
| 5.5.6. Situação-limite 06. Responsabilização da família na condição de egresso .....                           | 206        |
| <b>CONSIDERAÇÃO NO CAMINHO - O que está no cárcere não está no mundo .....</b>                                 | <b>224</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                                                        | <b>240</b> |

## INTRODUÇÃO

Na presente dissertação, desejamos expor o contexto judiciário em que o uso de substâncias psicoativas repercute na determinação judicial de cumprimento de medidas de segurança na Paraíba. Motivou o estudo a incidência de argumentações, em decisões judiciais, que relacionam o uso de drogas com a periculosidade, necessidade de tutela, incapacidade e ignorância sobre a rede de atenção psicossocial, desembocando na determinação de medidas de segurança<sup>1</sup>. Essa recorrência constitui o problema a mobilizar o estudo que ora se encerra. Para desenvolver a pesquisa, objetivamos compreender como o consumo de drogas lícitas e ilícitas torna-se elemento de formações discursivas que, em nome do controle sobre a periculosidade atrelada ao uso de psicoativos, instam autoridades judiciárias a submeter o sujeito ao tratamento penal compulsório.

Na qualidade de objetivos específicos, obtivemos resultados quantitativos sobre essa realidade penitenciária por meio do levantamento de todas as sentenças judiciais no período eleito, cujos processos foram filtrados até a seleção daqueles que continham debates e códigos de classificação de doenças relacionados ao uso de drogas. O segundo objetivo específico constituiu-se, de posse dos processos judiciais eletrônicos integrais, da análise dos discursos em torno da tríplice interface uso de drogas / prisão / psiquiatria, que determinam a aplicação da medida de segurança de internação. Conforme adiante se explana, não se trata de obter resultados, atribuir causas ou efeitos relacionados à institucionalização do uso de drogas no âmbito psiquiátrico/forense. Trata-se, antes ou fora disso, de compreender os discursos que subjazem e fazem emergir as relações de poder, tão individualizantes quanto totalizadoras (FOUCAULT, 1995), que organizam, de modo disperso e descontínuo, o tratamento estatal prestado àquelas pessoas<sup>2</sup> que, cumulativamente, conforme aponta o Código Penal: a)

---

<sup>1</sup> A busca eletrônica das decisões judiciais no portal do Tribunal de Justiça paraibano não permitiu encontrar essas situações. Contudo, parece ser generalizada, no país, a prática judicial que conforma a realidade exposta nessa introdução, a exemplo do corrente no estado de São Paulo: Agr. Ex. Penal nº 993.07.060615-0, de 28.09.2008. São Paulo. Des. Francisco Orlando. 2a. Cam. Dir. Crim., nº 990.10.066618-5, de 01.06.2010. Des. Marco Antonio Cogan. 3a. Cam. Dir. Crim; Ap. Crim. n. 20130310067758APR, de 18.09.2014. Des. Sandra de Santis. 1a. Turma Criminal e RMO n. 2005.06.1.004435-0, de 10.08.2006. Des. Roberval Casemiro Belinati. 1a. Turma Criminal, HC n. 0577598-27.2010.8.26.0000, de 24.03.2011. São Paulo. Des. Juvenal Duarte. 5ª. Cam. Dir. Crim., HC n. 0035894-57.2011.8.26.0000, de 24.05.2011. S. Paulo. Des. Salles Abreu. 4ª Cam. Dir. Crim., Agr. Ex. Penal n. 0111181-55.2013.8.26.0000, 21.08.2013. S. Paulo. M. T. Amaral. 11ª. C. D. Crim.

<sup>2</sup> São pessoas de cuja vida anterior à institucionalização não temos conhecimento, pois acessamos apenas o parco conteúdo disponível no processo eletrônico.

cometem crimes; b) são qualificadas como semi-imputáveis<sup>3</sup> ou inimputáveis<sup>4</sup> e c) são submetidas ao cumprimento da medida de segurança de internação em associação ao uso de substâncias psicoativas. As medidas de segurança podem ser de internação (regime fechado) e ambulatorial (regime aberto, comunitário). As medidas de internação são cumpridas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, ou, como preferimos nomear, manicômios judiciários<sup>5</sup>.

A recente história do tratamento do Estado Brasileiro à questão das drogas tem lugar imediato nesse intróito.

Nos últimos dezoito anos, vigora a lei federal n. 10.216/01 (BRASIL, 2001) - alcunhada *Lei da Reforma Psiquiátrica* -, que reorientou o modelo de assistência às pessoas que ora experienciam a loucura, ora são enquadradas na loucura. Nos últimos treze anos, a lei federal n. 11.343/2006<sup>6</sup> (BRASIL, 2006) – *Nova Lei de Drogas* – aboliu a pena de prisão para quem faz uso das substâncias ilícitas. Nos últimos oito anos, o *Plano Crack, É Possível Vencer* (BRASIL, 2011) regulamentou parte de ambas as leis, intensificando a repressão ao comércio e ampliando o investimento nas redes de atenção à saúde e assistência social ao usuário de drogas. Atualmente redimensionado no tempo, à época da submissão do projeto de pesquisa, o período em tela era simetricamente divisível em três fases (2002 – 2006; 2007 – 2011; 2012 – 2016) que confirmariam um novo paradigma que teria dissolvido o problema da medida penal de privação de liberdade para o uso de drogas. Será?

Dados recentes vêm servindo de alerta sobre o jogo de forças sustentado por argumentos e fundamentos proibicionistas<sup>7</sup> que, gradualmente, ganham espaço nos itinerários

<sup>3</sup> Dentre os termos equivalentes *imputabilidade reduzida* e *imputabilidade diminuída*, entre outros congêneres, escolhemos o original – e ainda em vigor no Código Penal – *semi-imputabilidade*, por todo significado histórico que veicula.

<sup>4</sup> Mais adiante, detalharemos conceitualmente os limites e significados do termo *inimputabilidade*. Desde já, contudo, adiantamos que é requisito de culpabilidade, elemento do tipo penal (grosso modo, norma definidora do crime) que afere os aspectos do entendimento da ilicitude e da vontade a partir dessa compreensão. Inimputabilidade, pela teoria penal positivista, é a ausência de entendimento do ilícito e, assim, da condição de determinar-se de acordo com a lei.

<sup>5</sup> Até a reforma veiculada na Lei 7209/1984 (BRASIL, 1984), o Código Penal de 1940 (BRASIL, 1940) referia-se a manicômio judiciário. A seguir, alterou para hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Contudo, a mudança deu-se tão somente no título do estabelecimento, mantendo-se seu interior e o normativo que o rege à exata semelhança do que fora nas décadas anteriores: asilamento, isolamento comunicacional com o mundo externo, periculosismo, ausência de interlocução com a rede comunitária de saúde, entre outras características típicas da institucionalização.

<sup>6</sup> Nos últimos dias de redação dessa dissertação, fora promulgada a lei n. 13840/2019 (BRASIL, 2019), que reorganiza, com teor mais conservador, o sistema de políticas públicas sobre drogas, a partir de significativa alteração da Nova Lei de Drogas, de 2006. Contudo, pelo momento de advento dessa alteração, que não alcança as realidades encontradas nos processos, não incluiremos a nova lei nos debates desse estudo.

<sup>7</sup> Não se sabe ao certo se há apenas uma origem da expressão *proibicionismo*, ou propriamente de seu uso contemporâneo. Desde os movimentos pela temperança nos EUA, durante o séc. XIX, já se aplicava essa palavra ao modelo por uns desejado, por outros enfrentado, no que tangia ao consumo de álcool. Recentemente, no

institucionais aos quais são submetidas as pessoas que, em razão do uso de drogas, cumprem medida de segurança de internação. É o que apontou o Censo Nacional da população institucionalizada em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), realizado em 2011 (DINIZ, 2013), como também, em 2016, aduziu o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (DIREITOS HUMANOS, 2016), após visita, na Paraíba, realizada ao Complexo Penitenciário Juliano Moreira (ala feminina) e ao Instituto de Psiquiatria Forense (IPF) ou Instituto de Psiquiatria Forense (IPF)<sup>8</sup> (ala masculina). Assim, a primeira pergunta orientadora: *por que*, a partir da nova lei de drogas, os usuários estão livres das prisões comuns, mas, em mesmo contexto infracional, têm sido alvo de decisões de encarceramento nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico? Esses dados conformam evidência que possibilita pensar que o tema das drogas, na forma de discurso que enuncia o poder psiquiátrico no contexto do cárcere, vem ocupando crescente espaço nos regimes de verdade localizáveis, entre outras dimensões, nos posicionamentos institucionais que orientam o processo judicial criminal. Daí, a segunda pergunta: *quais* discursos em torno do uso de drogas legitimam a imputação de medida de segurança?

Nessa primeira década de 2000, a dimensão da responsabilização criminal não acompanhou a da saúde mental propriamente dita. Essa prevê cuidado em liberdade, autonomia e protagonismo do sujeito; aquela, a contenção em hospital psiquiátrico, leitura periculosista e mortificação do eu (GOFFMAN, 2001). A defasagem não é desse período, pois, há muito, o viés penal-psiquiátrico é calcado na institucionalização, fenômeno em que as práticas institucionais reduzem a vida do sujeito à da instituição. Ao contrário da progressista dimensão sanitária, que se desenvolve pelas estratégias de desinstitucionalização e fortalecimento da capacidade de contratualidade social dos sujeitos envolvidos, inclusive trabalhadores hospitalares, outrora institucionalizados nesses estabelecimentos. É dos discursos em torno dessas interfaces que tratamos.

O descompasso no ambiente carcerário - paradoxalmente fundido com tratamento sanitário no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – é, a seguir, principiado a partir do contexto prisional geral. Aproveitamos esse momento introdutório para expor os *porquês* da escolha temática de pesquisa, em âmbitos pessoal e acadêmico.

---

Brasil, essa nomenclatura ganha vulto na medida em que as lutas por liberdades relacionadas ao consumo de maconha, desde a luta pelo direito de manifestar-se uma vez ao ano nas ruas – Marcha da Maconha – até mesmo de poder usar, foram colericamente rechaçadas pelas agências penais nas cidades brasileiras, eventos que se tornam uma forte causa do aumento das lutas por liberdades em geral, contra os proibicionismos.

<sup>8</sup> Em diversas fontes oficiais e privadas, o nome dado ao estabelecimento é variado entre IPP e IPF. Por isso, advertimos que nesse estudo também aparecerá dos dois modos em fontes originais, mas adotamos o segundo (IPF).

Iniciada no ano 2000 - ainda durante a graduação em Direito -, a trajetória desse pesquisador no tema da infância e adolescência absorveu-o por completo, manifestando-se por meio (e compondo-se a partir) da atuação no Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente de Interlagos (CEDECA Interlagos), situado no extremo e periférico sul da cidade de São Paulo, entidade em que trabalhou por oito anos. Ainda deu início aos cursos de graduação em Geografia e Filosofia, sem finalização.

Nesse rumo, adentrou outras searas de importante valor para a constituição do atual paradigma de proteção integral de crianças e adolescentes, com especial atuação no âmbito do sistema socioeducativo. Dentre consultorias, assessorias técnicas e execução de serviços municipais para outras instituições, realizaram-se defesas processuais, como a desenvolvida no bojo da emblemática situação de encarceramento juvenil na Unidade Experimental de Saúde, desde 2007, onde jovens egressos do sistema socioeducativo estão presos por meio de ações de interdição civil cumulada com internação psiquiátrica compulsória. Advogado do primeiro jovem para lá encaminhado, naquele mesmo ano, onde infelizmente ainda permanece. Daí em diante, houve aprofundamento no debate, na produção de conhecimento e nas ações de articulação intersetorial sob a interface Saúde Mental, Justiça e Infância e Adolescência, sobretudo a partir das relações entre esse ciclo de vida e as conflitualidades residentes nas formas de sociabilidade da juventude em situação de vulnerabilidade e risco sociais. A militância, por seu turno, expandia-se do contexto da infância para o da luta antimanicomial. Entre 2010 e 2012, foi realizado o – único e já encerrado – Mestrado Profissional Adolescência e Conflitualidade, sediado na UNIBAN, que contava com corpos docente e discente de profissionais e militantes do campo. Dissertei sobre o contexto de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade como mote para internações psiquiátricas. A seguir, o ingresso, como consultor, na Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, no qual, meses depois, tomei posse como analista técnico de políticas sociais, carreira assumida até o momento. Nessa Coordenação, entre 2013 e 2016, foi possível trabalhar com as frentes de saúde mental infanto-juvenil, direitos da pessoa com deficiência, população em situação de rua, reabilitação psicossocial, desinstitucionalização e álcool e outras drogas. Em representação à Coordenação, fui Conselheiro Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (CONAD/MJ) e membro do Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (CNPCT/SDH/PR). Durante esse período, o mergulho também se deu nas águas da Saúde Pública, realizando a especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (Fiocruz/Brasília). O encontro de temas relacionados a distintas políticas públicas – somado à formação jurídica – gerava o desejo de estudar o contexto dos

manicômios judiciais, tendo em vista que observávamos, no cotidiano de trabalho, o progresso dos processos de desinstitucionalização na saúde mental, em contraste com o estancado cenário em que se encontram aqueles estabelecimentos criminal-psiquiátricos.

Sempre indagando o porquê de as medidas de segurança não terem seguido o paradigma da reforma psiquiátrica brasileira, chegamos às primeiras informações, no ambiente de trabalho, sobre o aumento do contingente neles preso por motivação relacionada ao uso de drogas. Mesmo as buscas em plataformas virtuais de programas de pós-graduação não me traziam vias de resposta às questões que me surgiam na rotina militante e profissional. Ficou evidente a escassez da produção científica no contexto dessas interfaces (drogas / manicômio judicial), o que se agrava sobretudo em razão de a dinâmica das medidas de segurança de internação estar suspensa no tempo das políticas, consolidando, conforme nomeia Débora Diniz, uma “‘estrutura inercial’ do modelo psiquiátrico-penal no Brasil” (DINIZ, 2013, p. 17).

Após a atuação na Coordenação de Saúde Mental, já em equipe da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS), com a mudança para João Pessoa em 2017, integrei o Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguara (DSEI Potiguara). No contexto indígena, retornaram muitas questões próximas, porém, pela lupa de álcool e outras drogas, cujo consumo produz cenários bastante distintos dos urbanos, comumente mais conhecidos pelos estudos em direitos humanos. Atualmente, o pesquisador se encontra na equipe de Apoio Institucional do Núcleo Estadual do Ministério da Saúde na Paraíba, em atuação generalista junto às políticas públicas de saúde, o que, logo, propiciou atuar na implementação da política de saúde para a população prisional do estado paraibano, bem como no grupo condutor da rede de atenção psicossocial. Paralelamente, durante o ano de 2018, foi possível contribuir com a elaboração de projeto de diminuição da superlotação carcerária paraibana, em consultoria prestada ao Comitê Estadual de Prevenção e Combate à Tortura. Nessa empreitada, levantaram-se alguns dos dados sobre a realidade prisional adiante apresentada.

Desde a formação em Direito, as militâncias política, acadêmica e profissional ampliaram-se entre diversas políticas setoriais e de direitos de tal modo que proporcionaram construir visões distintas e convergentes em direitos humanos, razão pela qual, tão logo tenha desembarcado na capital paraibana, o mestrando iniciou frequência, como aluno especial, em disciplina que compunha a grade curricular do PPGDH/UFPB. No semestre seguinte, começou o curso com o propósito de aprofundar diversos aspectos do cárcere e do manicômio que o acompanham há muitos anos.

O primeiro capítulo apresenta um breve olhar sobre a realidade prisional brasileira e paraibana, com dados coletados dos sistemas de informação nacionais e relatórios internacionais. Conhecida a dimensão do problema penitenciário, também abordaremos, a partir do parco universo de dados, a realidade das medidas de segurança nesses dois territórios (Brasil e Paraíba). O capítulo seguinte destina-se a apresentar as bases teóricas que evidenciam os paradigmas sob os quais costuraremos todo o tecido de análise, como da reforma psiquiátrica, criminologia crítica e antiproibicionismo. No terceiro capítulo, avançamos sobre as lutas e ações estatais nos âmbitos antimanicomial, de saúde mental e drogas, para compreendermos como, mesmo diante de avanços normativos e conquistas sociais, as respectivas políticas sociais ainda são cercadas pelas práticas penais. O quarto capítulo destina-se ao contato com o método e sua fundamentação de análise. Apresentados os dados coletados e os resultantes dos filtros, e com inspiração em experiências literário-científicas de análise de discurso e produções teóricas sob os paradigmas anunciados acima, lançaremos mão de estratégias que nos orientem a entrar nos processos judiciais, promover as articulações teóricas necessárias e deles sair com alguns apontamentos sobre o problema. É o que executaremos no quinto capítulo. Durante todo o percurso, vamos nos surpreender com encontros inesperados e perdas fortuitas. Achados e perdidos que dão densidade sináptica aos processos de análise.

Diante dessa apresentação, identificamos o sujeito da história que, a despeito de ser central ao nosso olhar, não têm sobre si a realização das práticas discursivas, que se dão sobre os “marcos de poder que o transformaram em meras classificações inscritas no arquivo” (BRITO, 2018, p. 15). É assim que adotamos a palavra *sujeito* para nos referirmos àquele em função de cuja inclusão pela exclusão as posições judiciais se movimentam.

Em *O sujeito e o poder* (1995), Foucault entra em detalhes sobre o interesse que mobilizou sua trajetória intelectual. Explica que seu objetivo fora estudar as diferentes formas pelas quais os seres humanos tornaram-se sujeitos a partir de modos de objetivação. Ao contextualizar as histórias recentes de lutas de oposição a determinadas formas de poder – como dos homens sobre mulheres, psiquiatras sobre loucos, médicos sobre populações etc - reflete que são essas as formas que forjam o sujeito a partir de sua originária posição de indivíduo. É uma forma de poder que se aplica imediatamente à vida cotidiana, marcando o indivíduo com sua própria individualidade, imprimindo em si sua identidade. Uma técnica que o torna submisso ou a partir do controle e dependência ou da prisão em sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento (FOUCAULT, 1995).

Desse modo, é o *sujeito*, e não o indivíduo, aquele forjado na engrenagem das formas de poder sinalizadas nas práticas discursivas judiciárias.

## **CAPÍTULO I – PRISÕES BRASILEIRAS E PARAIBANAS: ONDE ESTAMOS PISANDO**

Antes de colocarmos tônica sobre os manicômios judiciais e as medidas de segurança, devemos ensaiar um cenário que traga generalidades sobre o sistema penitenciário. Isso, porque aqueles manicômios compõem o rol de estabelecimentos penais, sendo articulados, portanto, no bojo das políticas criminais e das ofertas que o Estado faz aos sujeitos submetidos a alguma reprimenda penal.

### **1.1 - Dados sobre situação prisional no Brasil**

Nesse momento, faremos um passeio sobre a atualidade a partir de alguns cenários. Para ilustrar, também daremos enfoque ao quadro paraibano. Em face do histórico e crescente encarceramento nacional, realizamos um levantamento de dados que ilustram, objetivamente, o caótico crescimento populacional prisional. A seguir, literatura em sociologia criminal e no contexto literário da biopolítica<sup>9</sup> auxiliará a análise sobre o modelo penal adotado no país, tendo em vista que o crescimento vegetativo penitenciário constitui uma das evidentes resultantes da combinação de vetores tais como as forças judiciais, a função do cárcere, as condições reais de sobrevivência na prisão e a discriminação por gênero.

Desde a Constituição do Império de 1824 (BRASIL, 1824), segundo a qual as cadeias deveriam ser “seguras, limpas, o bem arejadas, havendo diversas casas para separação dos réos, conforme suas circunstancias, e natureza dos seus crimes” (art. 179, XXI), as condições de permanência no interior das unidades prisionais devem ser apropriadas para cada indivíduo, e não para massas de pessoas, individualização que acompanha o princípio da individualização da pena, inspirada na virada iluminista do século anterior: a cada qual na medida do que fez; mas a cada um o que todos têm direito. Contudo, estamos alcançando a marca de dois séculos de estratégia punitiva que, a se tomar como exemplo a dimensão individualizante acima, não tem demonstrado o sucesso a que se propunha até o fim do século XX, sem resultados que se baseiem em evidência de reconstrução de projetos de vida autônoma e inclusiva.

A partir dos anos 1990, a população penitenciária brasileira tem assumido uma escalada de vertiginoso crescimento. Em cálculo por taxa, em 1950, prendiam-se cerca de 32

---

<sup>9</sup> Sobre biopolítica não avançaremos, mas sugerimos leituras específica (AGAMBEN, 2002; FOUCAULT, 1978).

pessoas a cada cem mil habitantes; em 1986, atingiam 44,3 presos. Em 1997, a proporção alcançava a marca de 100 pessoas presas (SOLAZZI, 2007); em 2008, margeavam-se 200 pessoas no cárcere, limite que, em 2014, alargou-se para 306,22 encarcerados/as. Em junho de 2016, com 726.712 pessoas presas, atingiu-se a cifra de 352,60.

No primeiro intervalo de 36 anos, o número cresceu apenas cerca de 37%. Mas, no menor intervalo entre 1990 e 2016, o Brasil multiplicou o segmento encarcerado em 707%, o que o torna o quarto país<sup>10</sup> com maior população encarcerada no mundo, perdendo para a Rússia, China e Estados Unidos (RESEARCH, 2015). Em 2014, com 306,22 pessoas presas para cada 100 mil habitantes, o Brasil estava em sexto lugar no *ranking* em que a taxa mundial era de 144 pessoas.

Dentre os oito países com maior população carcerária provisória absoluta no mundo, o Brasil se situa em terceiro lugar, abaixo apenas de Estados Unidos e China. Porém, sobe para segundo lugar ao contabilizarmos o universo encarcerado provisoriamente em relação a grupos de 100 mil habitantes, em 2014.

Ademais, dentre os países de maior população carcerária, nos últimos vinte anos, o Brasil passa para o primeiro lugar no que se refere à taxa de encarceramento, com 33%, superando EUA (queda de 8%), China (queda de 9%) e Rússia (queda de 24%), conforme apresenta o Relatório de Gestão Supervisão do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas – DMF, de 2017 (JUSTIÇA, 2017). De acordo com o documento, em um intervalo mais amplo, o Brasil se situa em segundo lugar, com 136%, dentre os 40 países com maior taxa de encarceramento em todos os continentes, nos termos do gráfico abaixo.

O quadro da ocupação prisional brasileira, como de muitos países, ultrapassa a capacidade ofertada por cada estabelecimento. Em dezembro de 2014, havia 371.884 vagas para custodiar 622.202 pessoas presas. O Brasil, ainda que se situasse em 36º lugar nesse item, apresentava taxa de 167% (BRASIL, 2014a). Esse é contexto do qual não se distingue o dos manicômios judiciais: segundo Relatório Brasil (PSICOLOGIA, 2015), que veiculou resultados de inspeção em 17 unidades no país, em 07 constatou-se superlotação, de 106% em unidade mais comedida a 405% em estabelecimento mais lotado.

No que tange à população de mulheres encarceradas, segundo Pimenta (2018), no Brasil, elas atingem a marca de 6% do total, o que pode constituir um cenário aparentemente favorável à população feminina. Contudo, primeiro, é importante frisar que, consoante o

---

<sup>10</sup> Ao incluirmos nesses dados o contingente que cumpre pena em domicílio, sabemos que o nome do país sobe para terceiro lugar.

pesquisador, a única fonte disponível – Infopen/Ministério da Justiça – falha no monitoramento da população feminina, deixando de contar, até pelo menos junho de 2016, o contingente de mulheres presas em delegacias de polícia.

Em segundo plano, ainda que o número total majorado mantenha-se bem mais baixo em relação ao público masculino, a conclusão de que os dados são favoráveis às mulheres pode ser apressada demais. Se as taxas e os números absolutos sobre a realidade delas nas etapas da produção de encarcerados são baixos em relação ao total, trata-se menos de um potencial feminino para o comportamento não delituoso e mais de um sexismo penal. Em referência ao criminólogo crítico italiano Alessandro Baratta, Pimenta reforça que se trata de uma “seletividade penal negativa”, ou seja, uma dinâmica própria do sistema penal cuja seletividade também é marcada pela hegemonia moral e política do mundo masculino sobre o feminino, como ocorre em diversas outras esferas sociais (BARATTA *apud* PIMENTA, 2018). Se, para a criminologia crítica, a atribuição do perfil criminoso a uma pessoa está relacionada, entre outros fatores, à sua condição de produção nos meios economicamente ativos, a mulher, desde o lugar social ao qual é submetida, fora preterida também no sistema penal.

Nessa toada, a América é o continente em que há maior porcentagem de mulheres em relação ao universo total de pessoas presas (8,4%). Na América do Sul, o Brasil lidera, com 4,5 vezes o contingente proporcional do ano 2000, o que denota que a dinâmica penal acima apresentada também se encontra em mudança.

Segundo o Institute for Criminal Policy Research (RESEARCH, 2017), a taxa de encarceramento da população feminina brasileira alcança, junto às da Indonésia, Filipinas e Turquia, posto alto na escala de crescimento nos últimos dois anos. Esse quadro brasileiro pode ser compreendido na leitura de Angela Davis (2003) decorrente de sua experiência no contato com cárceres femininos:

das visitas às prisões ao redor do mundo, e na sua maioria foram visitas a prisões femininas, incluindo três penitenciárias que visitei involuntariamente, teria de dizer que elas são sinistramente parecidas. Sempre me senti como se estivesse no mesmo lugar. Não importa o quão longe eu viajasse através do tempo e do espaço – de 1970 a Se eu fosse tentar sintetizar as minhas impressões 2000, e da Casa de Detenção feminina em Nova Iorque (onde eu mesma estive presa) até a prisão feminina em Brasília, Brasil –, não importa a distância, existe uma estranha similaridade nas prisões em geral, e especialmente nas prisões femininas (DAVIS e DENT, 2003, p. 527).

Essa dissonância entre públicos também encontra abrigo na engrenagem que justifica o próprio aprisionamento, a partir de certa arregimentação de estruturas disciplinares que

compõem discursos de fortalecimento desses jogos de verdade. Num figurativo moto-contínuo, os efeitos parecem gerar causas ainda mais impactantes, cujas novas consequências promovem uma circularidade, conforme retratam Davis e Dent (2003):

A demanda por mais guardas e oficiais femininas de alto nível tem sido complementada pela demanda em tratar da mesma forma prisioneiras e prisioneiros. Isso tem ocorrido à medida que departamentos de correção vão descobrindo que através da ‘administração da diversidade’ – incorporando homens de cor e mulheres de todas as raças – suas prisões se tornam mais eficientes. Desse modo, posições supostamente feministas apoiaram a tendência rumo a práticas mais repressivas de aprisionamento para mulheres e, especificamente, a transformação de modelos arquitetônicos de cabanas/campus para as fortalezas de concreto que estão sendo construídas hoje. Um exemplo interessante desse feminismo que demanda igualdade formal entre prisioneiros e prisioneiras é a insistência de alguns administradores de presídio de que as prisioneiras têm o direito de ser consideradas tão perigosas quanto os homens (*op. cit.*, p. 529).

Segundo Pimenta (2018), de 2000 a 2016, o público feminino encarcerado foi 1,6 maior que o público masculino, o que balança as estruturas machistas que, tradicionalmente, preterem as mulheres também no âmbito penal. Em teor assumidamente inconcluso, o autor se posiciona alegando que, apesar de um forte determinante ser o aumento da criminalização das mulheres nos crimes relacionados às drogas – crimes que, por sua vez, a partir de 2006, protagonizam ainda mais na escalada prisional brasileira -, esse não é um motivo bastante para explicar o vertiginoso aumento nas últimas duas décadas. Segundo ele, é como se houvesse uma devolutiva tipicamente machista ao repertório de conquistas feministas: “recebam aí a igualdade que vocês pediram” (p. 88).

Contudo, trata-se, ainda, de uma dinâmica penitenciária expansionista, para a qual interessa ver nas mulheres um universo promissor. Seguindo Davis e Dent (2003), “em outras palavras, a instituição da prisão e seu uso discursivo produzem o tipo de prisioneiro que, por sua vez, justifica a expansão das prisões” (p. 528). Economia penitenciária, para a autora, pode ser outro fator fundamental, e, para nós, um dos componentes que confluirão para o modelo atuarial, o atual debatido mais adiante.

Se tiveram destaque nesse momento, infelizmente, as mulheres não protagonizarão tanto ao longo desse estudo, tendo em vista que, tal como a declarada insuficiência dos dados nacionais, o monitoramento da situação na Paraíba e, sobretudo, no cumprimento das medidas de segurança de internação padece de lacunas, silêncios e inconsistências. Nesse sentido, essa população não sobreviverá aos filtros empregados a partir do propósito da pesquisa.

Notamos, assim, que a população carcerária nacional apresenta destaque histórico mundial em expressivo intervalo de tempo, ao mesmo tempo em que chama ainda mais

atenção ao localizarmos-lo no período de abertura democrática que vivemos no Brasil. Em outras palavras, é na quase totalidade desse mais extenso período democrático - em que se ampliou, ineditamente, a agenda social de participação popular, os mecanismos de acesso à justiça, de garantia constitucional de direitos sociais e liberdades civis – que vivemos, ao mesmo tempo, o auge do encarceramento dos últimos dois séculos. Não se trata apenas de população prisional absoluta, mas do crescimento vegetativo penitenciário e da taxa de aumento desse contingente.

## 1.2 - A Paraíba no contexto brasileiro

Segundo dados de 2016 (BRASIL, 2016), o estado da Paraíba ocupa o 16º lugar no país. Em 2014, abaixo da então média nacional (30,62), era o 13º estado brasileiro com maior taxa de pessoas presas (26,47) por 10 mil habitantes. Em 2016, apesar de cair para 18º lugar, majorou para 28,45.

Quanto à taxa de ocupação, em 2005, apresentava 160%; em 2017, 233% e, atualmente, com 217%, maior que a de 197% nacional (BRASIL, 2016).

Gráfico 1 – Taxa de ocupação prisional Paraíba e Brasil

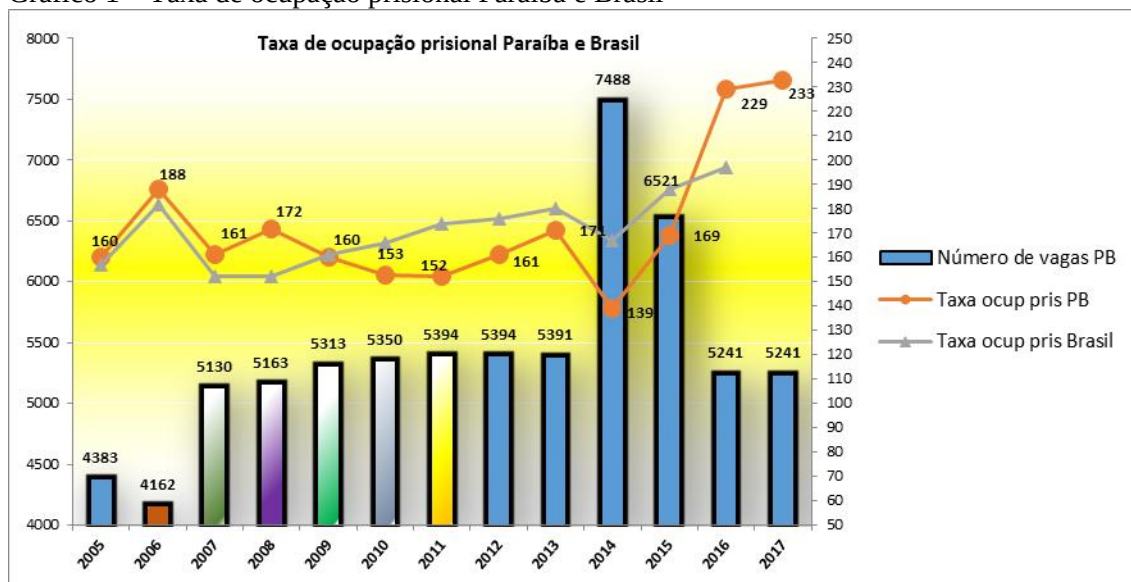


Gráfico elaborado pelo próprio pesquisador, como resultado da coleta de dados.

Quanto à taxa de presos provisórios (sem condenação), a Paraíba está em 19º lugar no país, com 37,65%, abaixo da marca nacional. Porém, apresentou um crescimento nos últimos

dois anos. Entre os anos 2000 e 2016, a população carcerária na Paraíba aumentou 284,5%. Quanto à ocupação, em 2014, chegava-se à marca de 181%; em 2016, a taxa subiu para 185%. Embora o estado paraibano seja o sétimo com maior número de estabelecimentos prisionais, o número de vagas não converge na mesma proporção, havendo 50 unidades com superlotação e apenas 15 sem esgotamento das vagas (BRASIL, 2016).

Enquanto esse estudo pauta-se pela questão da saúde mental, elegemos a saúde integral no interior das penitenciárias para avaliar nesse momento: o Relatório de Gestão 2017 (JUSTIÇA, 2017) situa o estado nas seguintes posições: primeiro lugar quanto à incidência de hepatite; terceiro com relação à sífilis e quinto no tocante à tuberculose. Em suma, é o estado com maior número de agravos à saúde para cada grupo de mil pessoas presas.

Os dados trazidos à baila demonstram que o Brasil promove uma escalada sem igual na história do encarceramento mundial e nacional. Internamente, o estado paraibano apresenta algumas características que contribuem para essa posição brasileira em âmbito internacional como também na série histórica doméstica. A saúde, ademais, remete às condições gerais de ocupação nas unidades prisionais que, como viremos a partir da literatura crítica, para os poderes instituídos, não evidenciam apenas o cometimento de crimes como causa do cárcere. Sabemos que, dentre os debates institucionais em política criminal sobre estratégias de melhor controle com menor custo – em nome de um gerencialismo atuarial -, surgem novas dinâmicas de mercado orientadas pelos paradigmas liberais, tornando a delinquência um contexto promissor para as transações entre agências empresariais nacionais e internacionais produtoras de bens e serviços no sistema penitenciário de forma crescente. Ramalho (2008) aponta que:

A delinquência não serve somente ao exercício de um controle mais rígido sobre os grupos sociais mais pobres, como também propicia crescimento da indústria, descompressão do mercado de trabalho, fatores econômicos que mostram sua complexidade no conjunto dos fenômenos sociais. O crime e o criminoso desempenham um papel social relevante para a manutenção do sistema social (p. 133).

A realidade prisional responde ao anseio econômico de bases industrial e de serviço, fazendo muitos setores girarem em torno do contingente preso e seus familiares. Encontraremos essa sinalização inclusive nas *audiências de advertência* destinadas à liberação das pessoas submetidas à medida de segurança na Paraíba.

A verificação desse estágio histórico prisional no estrangeiro não está dissociada dos achados brasileiros, haja vista que, há muitas décadas, nossa sociedade tem nas experiências

sobretudo estadunidenses a inspiração para replicabilidade de seus modelos excedentes, isto é, a sobra, a parte precária do que se extrai do já exaurido modelo de fora. Nota-se que o Brasil está adotando, novamente, estratégias criadas nos EUA e Europa, seja no contexto das alternativas penais (como tornozeleiras de monitoramento eletrônico), seja no âmbito prisional (como a privatização de presídios). O flerte com os excedentes estadunidenses – agora atuariais – segue. Recorrendo a Zaffaroni, Pimenta (2018) amplia o espaço geopolítico: de fato, é a América Latina importadora de uma planta (estadunidense) com cujos custos de manutenção é incapaz de arcar, em razão do que “o número excessivo de presos e presas repercute em cárceres superlotados, sem controle do Estado, espaços de tortura e reprodução de violência” (ZAFFARONI *apud* PIMENTA, 2018, p. 70).

Não se trata, logo, de pensar em alternativas ao direito penal, mas, quando muito, temos visto o investimento em um direito penal alternativo/permanente, conquanto as prisões, ainda que móveis no espectro punitivista, mantenham-se centros gravitacionais no tecido social. Como trata Ramalho (2008):

A questão está em que os problemas através dos quais se expressam as dificuldades do sistema carcerário, em hipótese alguma, questionam a existência mesma da cadeia, e as soluções, em geral, não são mais que tentativas de adaptá-las às novas consequências que o tipo de desenvolvimento socioeconômico tem acarretado para o crescimento da população das cadeias, sem contudo cogitar de redefinir a forma de punição por transgressores à lei (p. 115).

Já é sabido que a reorganização em curso parece estar equivocada, pois exige a superação do modelo asilar atualmente encontrado, e não seu aprimoramento – algo já planejado na Constituição do Império de 1824, quase 200 anos atrás. Essa dinâmica que, mesmo com tendências evidentes de crescimento, surpreende-nos em seus resultados, também pode estar presente no contexto do manicômio judiciário, tendo em vista que se trata de uma resposta inserida em processamento judicial comum pelo qual passa quase qualquer sujeito que cometa um crime.

### **1.3 - Medidas de segurança em tempos de Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Embasado na literatura foucaultiana, Campos (2015) desenvolve a noção de “dispositivo médico-criminal de drogas”, em que um dos enunciados centrais é a

problematização da saúde a partir da *Nova Lei de Drogas*. O autor se propôs a descrever o jogo de trocas de posições e de forças inseridas no comportamento parlamentar à época dos debates nacionais em torno do projeto da nova política. E concluiu que o novo dispositivo atrelou dois discursos principais: dimensão criminal-punitiva perante o comerciante e produtor (sinônimo de inimigo público) e dimensão médico-preventiva para o usuário de drogas (qualificado como doente). Por meio de alguns cálculos e análises, os impactos dessa discursividade em cujo contexto nasceu a nova lei de drogas pôde ser mensurado pelo autor a partir da probabilidade de uma pessoa usuária ser qualificada como traficante após a lei que despenaliza o uso: em crescente proporção, em 2009, teria 3,95 maiores chances de ser qualificada como traficante pelas agências penais, do que até 2006, ano do advento da lei. Trata-se de um primeiro grave efeito colateral da publicação da nova política de drogas: aquele sujeito socialmente indesejável que, antes da lei, era encarcerável enquanto usuário, na vigência da norma, passa a ser qualificado como traficante para que seja mantido no cárcere. Pior: o tempo de pena é maior.

Em nosso estudo, propomos compreender um possível segundo efeito colateral: aqueles cuja prática de uso fora identificada pela racionalidade penal moderna tiveram outro destino também diverso: o manicômio judiciário. O fator droga, por hipótese nossa, amplia a probabilidade não de a prática ser apenas classificada como tráfico, conforme estudou Campos, mas de ser produzido um itinerário que o destine ao HCTP (*roubou, mas, dado que usa drogas, é louco*), vez que a seletividade penal realiza os deslocamentos necessários para manter a privação de liberdade na centralidade de suas ações (CAMPOS, 2015).

De acordo com o Código Penal<sup>11</sup>, em seu artigo 26, é isento de pena o “agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” seja tido como “incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940). Frente ao crime cometido, estabelece a medida de segurança como resposta estatal, a ser cumprida na forma de internação em hospital custódia e tratamento psiquiátrico ou na modalidade ambulatorial, em serviços de saúde comunitários (art. 96). Adotamos, aqui, o público submetido à primeira opção, diretamente relacionada, segundo a lei penal, aos crimes mais graves. A internação em medida de segurança deve ser cumprida por um período mínimo, fixado pelo/a juiz/a, entre um e três anos, ao fim do qual se realiza perícia psiquiátrica que informará a condição psíquica em que se encontra o sujeito, sobretudo para se avaliar se permanece ou é liberado do manicômio judiciário (art. 97). Trata-se do exame de

---

<sup>11</sup> Para tumultuar menos a leitura, sempre que a menção ao Código Penal for desacompanhada de ano de referência, trata-se do Código Penal de 1940, atualmente em vigência.

verificação da cessação de periculosidade. Algumas incompatibilidades entre a estaque lei penal e a dinâmica política de saúde mental, ao longo desse estudo demonstradas, já podem ser adiantadas. A relação direta entre gravidade do crime e natureza da intervenção psiquiátrica: quanto mais grave o crime, maior a probabilidade de ser apenado com reclusão, o que enseja medida de internação; quanto mais leve, maior a probabilidade de se cumprir medida ambulatorial. O que há de relevante na relação entre a gravidade do crime e a dose de intervenção psiquiátrica, senão o caráter penal atribuído a essa intervenção supostamente sanitária? No mesmo sentido reflete Diniz (2013), ao trazer, no passo seguinte, o diagnóstico psiquiátrico como terceiro elemento entre crime e reprimenda: “diagnóstico psiquiátrico e tipo de infração penal não andam juntos: indivíduos com diferentes diagnósticos cometem as mesmas infrações” (p. 15). De outro modo, poderíamos aferir que indivíduos com mesmos diagnósticos também podem cometer crimes distintos. Ora, se a pena se restringe à gravidade do crime – e não ao quadro clínico –, em nada atinge, singularmente, à eventual necessidade em saúde mental.

Outro equívoco presente é a determinação de prazo mínimo de cumprimento de medida terapêutica: no campo da saúde, é sabido não haver prazo para findar tratamento, sobretudo o psicossocial. Do mesmo modo, o início do período de internação, ao se dar pela caneta do/a juiz/a, já pode ser despropositado, pelo fato de o sujeito já estar, eventualmente, fora de crise. Por fim, a questão basilar: enquanto a internação psiquiátrica for considerada um direito, o tratamento por meio da medida de segurança não poderia ser determinado compulsoriamente. São questões que ressurgirão adiante para balizar a análise.

Os dados demográficos sobre a população encerrada nos manicômios judiciais são tão parcos na Paraíba como no Brasil. A começar pelo ano 2002, em âmbito nacional, no mês de junho, segundo o Ministério da Justiça (INFOPEN<sup>12</sup>), havia 3.038 homens sentenciados e 5.060 em internação provisória; já as mulheres se dividiam em 195 sentenciadas e 75 provisórias. Portanto, vimos aí uma inversão de maiorias, entre gêneros e sentenciados ou provisórios. Mais mulheres e menos homens sentenciados.

Em 2003, a população nacional em cumprimento de medida de segurança de internação era de 2.668 pessoas; em 2006, 3.010 internados; em 2008, 2.971 contidos; em 2010, 3.370 enclausurados (BRASIL, 2015). Em 2011, dentre as 514.582 pessoas encarceradas no país, encontraram-se 3.989 pessoas no interior de 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (ECTP) (DINIZ, 2013), compondo com 0,7% do universo

---

<sup>12</sup> Cf. <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/relatorios-sinteticos/relatorios-sinteticos>

prisional. Notamos o crescimento demográfico contabilizado até 2011, último ano cujos dados são disponíveis. Porém, devemos nos atentar que o público internado cautelar (art. 319, VII, Código de Processo Penal) e definitivamente, no âmbito criminal, pode ser ainda maior: a partir de 2003, de um lado, os dados que apresentam a população em medida de segurança desconsideram as internações psiquiátricas provisórias; de outro, da população identificada no Censo Nacional 2011 (DINIZ, 2013) não faz parte a que se encontra sob medida de segurança em estabelecimentos distintos dos ECTP. É o que podemos inferir ao nos depararmos com a população total internada provisória e definitivamente, em 2002: 61% estariam em internação provisória. Fundamental fazer essa observação, dado que, enquanto a população condenada à pena de prisão é precisamente conferida nos estabelecimentos oficialmente destinados à custódia, os dados oriundos do segmento submetido à medida de segurança podem estar sob menor controle administrativo nas instituições não destinadas à sua guarida. Tendo em vista que a prisão comum é o estabelecimento central das contenções, por vezes, pode haver atraso na transferência de um preso provisório para o manicômio judiciário – não sendo contabilizado.

A partir do ano seguinte, os dados nacionais apresentam-se sem a distinção entre sentenciados e provisórios. Ademais, de 2002 para 2003, cai vertiginosamente a quantidade de pessoas encarceradas nos manicômios: se em 2002, haveria o total de 8.368 pessoas internadas, de 2003 a 2016, estão majoritariamente situadas entre 2.000 e 3.000 presas. Poderia, de um ano para outro, haver um decréscimo tão expressivo de cerca de 5.000 pessoas? Os dados não se mantêm confiáveis, o que também se exemplifica com os números relativos aos meses de dezembro de 2011 e de 2013: os mesmos 2517 homens e 204 mulheres internadas. Não é factível que haja, na distância de exatos dois anos, mesma quantidade nos dois universos de gênero. No mais das vezes, como vemos a seguir, o fato de o banco de dados do governo do estado da Paraíba estar defasado ou mesmo lacunoso reforça a suspeita de inconsistência dos dados nacionais.

Os dados do Ministério da Justiça são oriundos de contagem indireta, pois informados por levantamento feito pelas secretarias gestoras das unidades prisionais nos estados. Apresentada grande suspeita de fragilidades, retomemos a série histórica por outras fontes. Em 2002, do Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (BRASIL, 2002a), organizado pelos Ministérios da Justiça e da Saúde, consta que, nesse ano e no total de 19 estabelecimentos existentes à época, havia “cerca de 4.000 pacientes”, vindo a população envolvida com o uso de drogas ilícitas a aumentar “sistematicamente” (p. 26). A imprecisão evidencia a histórica inconsistência dos

dados. Apenas em 2011, fora realizado o primeiro Censo nacional, após 90 anos de inauguração do primeiro manicômio judiciário, no Rio de Janeiro. O Censo (DINIZ, 2013) informa que havia 3.989 pessoas encarceradas nos 26 estabelecimentos.

Em 2015, inspeção em manicômios judiciários do país, coordenada pela Ordem dos Advogados do Brasil e Conselho Federal de Psicologia, resultou no Relatório Brasil 2015 (PSICOLOGIA, 2015), em que se relata entrada em 17 estabelecimentos, nos quais foram encontrados 2864 encarcerados, 61% em celas.

Embora não se trate de ação que englobasse todas as unidades manicomiais, já se percebe que duas investidas de grande magnitude em apenas quatro anos (entre o Censo de 2011 e a inspeção de 2015) denotam um movimento institucional nacional de visibilização do tema e dos respectivos direitos humanos.

Apesar das raríssimas fontes que documentam sobre a população usuária de drogas nos manicômios judiciários do Brasil, no Censo de 2011, verificamos que, dos 2839 submetidos à medida de segurança desde a sentença judicial<sup>13</sup>, a 309 (11%) era atribuído o diagnóstico de transtorno mental devido ao uso de álcool e outras drogas. Contudo, apenas 4% eram encarcerados por prática de crime diretamente relacionado às drogas. Do cruzamento dessas populações, a 9% dos envolvidos com esses crimes era atribuído o quadro clínico mencionado; e 42% da população com tal transtorno haviam cometido crimes contra o patrimônio e 31%, crimes contra a vida. Assim, esfumaça a hipótese de que expressiva parte da população com transtorno mental por uso de drogas em geral havia cometido **crimes complexos** - como o furto e roubo – e lá estariam **em razão do uso dos psicoativos**. Fosse pelo tráfico das substâncias, não se enquadrariam em crime contra o patrimônio – e possivelmente estariam na prisão comum.

#### 1.4 - As medidas de segurança na Paraíba

Criado pelo Decreto-lei n. 471, de 16 de agosto de 1943 (PARAÍBA, 1943), o manicômio judiciário da Paraíba fora destinado à internação dos

delinquentes irresponsáveis (...) que em virtude de sua periculosidade devem ser submetidos a medidas de segurança detentiva; dos sentenciados que apresentarem doença mental e que tenham necessidade de assistência especializada (...); dos

---

<sup>13</sup> Lembramos que é essa a população que nos interessa, a internada no IPF por ordem da sentença, e não por conversão de pena que já cumpria anteriormente.

acusados que devem ser submetidos a exame de sanidade mental (...) e compreende: Secções de Observações [e] Secções de Internamento”.

Seu texto segue regularmente o preceituado pelo Código Penal. Porém, no art. 4º, inova ao observar que a pessoa que dava entrada no cárcere, depois de passar pela seção de observação, deveria ser encaminhada para a “secção do estabelecimento que convier á natureza dos estudos mentais verificados e á orientação terapêutica respectiva”. Bem, é notória a completa simbiose entre ambos critérios (local de estudos e local terapêutico), dinâmica que compõe o significado da institucionalização. O sujeito seguiria a lógica do serviço, que, por sua vez, seguiria a dos médicos interessados no desvendamento do enigma da loucura e no aprimoramento de suas técnicas. O melhor local terapêutico era, de fato, compreendido como o melhor lugar de interesse de estudo, engrenagem obediente à facilidade de acesso aos sujeitos, bem como de resultado sob controle. Fora construído com capacidade para 50 pessoas presas.

Os dados oficiais presentes no portal eletrônico do governo do estado da Paraíba não permitem delinear uma série histórica da demografia localizada no IPF. No período cujos dados penitenciários gerais são disponíveis em sua plataforma (2011 a 2018), estão excluídos os referentes à população encarcerada por medida de segurança. À exceção dos meses de janeiro a março de 2011, que contavam, respectivamente, com 92, 94 e 98 internos.

Enquanto isso, segundo o mesmo Censo Nacional, no Instituto de Psiquiatria Forense da Paraíba (IPF), dos 98 internos encontrados em 2011, cerca de 8% apresentavam o quadro de “transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas” (p. 192). Dos crimes contra o patrimônio, lideravam as pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas (67% dos diagnósticos estavam associados a esse tipo de delito, dos quais metade à tentativa de furto), sendo que 33% das pessoas com esse quadro haviam sido acusadas de cometimento de crime no âmbito familiar. Em suma: cientes desses dados, arriscamos concluir que significativa parte dos acusados diagnosticados com **transtorno por uso de drogas era primária e encarcerada por tentativa de furto no contexto familiar**.

Aparentemente, a minoritária parcela internada em face do grande público encarcerado no sistema prisional não mereceria muitos estudos e avaliações, pois a flutuação demográfica cresce em taxa menor do que a penitenciária comum. Contudo, talvez devamos inverter o raciocínio: Azevedo e Capra (2018) avaliam que as taxas de superencarceramento nacionais contribuem para a invisibilização da população presa nos manicômios judiciais, o que, por sua vez, gera a impressão de que não há problemas significativos nesse segmento penitenciário. A imbatível cifra do sistema como um todo anuvia a análise pertinente ao

segmento internado. Contudo, não apenas a realidade judiciário-manicomial carece de informações como, mesmo dentre as existentes, há lacunas.

A despeito da insuficiência e eventuais inconsistências dos dados, podemos extrair deles informações que perduram no tempo. O relatório de visita do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (DIREITOS HUMANOS, 2016) à IPF e ao Complexo Penitenciário Juliano Moreira (CPJM), em 2016, atualiza: com 94 internos no IPF, “o diretor ressaltou que em alguns casos recebidos, constata-se comorbidade com uso de drogas”; “pessoas [oriundas de outras unidades prisionais] que usam drogas e são encaminhadas à IPF para tratamento” (p. 03 - anexo). Já a ala feminina, no CPJM, com 04 mulheres sob custódia psiquiátrica, “acolhe [também para o fim de] desintoxicação por uso abusivo de drogas (...)” (op. cit., p. 09). O cenário é determinante na atenção à saúde dessas pessoas encarceradas, de tal modo que o Relatório alerta que no caso de **“demandas de cuidado no âmbito do uso abusivo de drogas, [esse tratamento específico] não constitui finalidade dessa instituição”** (op. cit., p. 12, destaque nosso). Diante de conversa informal com o diretor do IPF, decorrente de encontro para retirada da lista de pessoas internadas, ele informou ser crescente o contingente preso por crime associado ao uso de drogas. Logo, maior será o público e menor a qualidade da assistência prestada.

A consonância entre dados nacionais e estaduais indica a pertinência da proposta de pesquisa, cujos fundamentos teóricos serão, a seguir, apresentados.

## CAPÍTULO II – CHAVES DE LEITURA

Michel Foucault nos dá pistas que inspiram os estudos sobre o tratamento estatal tanto da loucura quanto das prisões. Obras como a *História da Loucura* (1978) e *Vigiar e Punir* (1987) são emblemáticas na contextualização das práticas disciplinares que sustentam as respectivas instituições de sequestro (penitenciárias e manicômios). Abordaremos, entre idas e vindas, os dois campos institucionalizantes, prisional e manicomial.

Nas duas últimas conferências de *A verdade e as formas jurídicas* (2002), Foucault analisa o que se constituiu como “sociedade disciplinar”, na virada do século XVIII para o XIX. De forma específica, tratou de mostrar as formas de práticas penais características dessa sociedade; as relações de poder subjacentes a tais práticas; as formas de saber; e os tipos de conhecimento e de sujeito que emergem nessa sociedade. O autor inicia sua análise pontuando que a sociedade disciplinar surge quando da reforma do sistema judiciário e penal em diferentes países do mundo ocidental e toma como mote as transformações ocorridas neste âmbito na Inglaterra e França. O tempo na era industrial também é um fator cuja importância ganhará relevo na situação-limite 01 (*detracção penal*).

Houve, a princípio, uma reelaboração teórica da lei penal, escolarizada e codificada, por estudiosos como Cesare Beccaria (2015), que deu roupagem humanista ao sistema penal ao situá-lo em nome da defesa individual frente às históricas arbitrariedades do Estado, e o organizou em princípios jurídicos. Essa invenção dos direitos humanos no sistema penal obedece à nova noção de que a prática infracional ofende não a um princípio moral ou religioso, mas a lei do Estado, consubstanciada na vontade coletiva representada por um forte parlamento. É o espírito do contrato social, que, além do Direito, passa a ter na Psiquiatria o memorizador, o alarme aos loucos sobre a imprescindibilidade de sua observância.

Encontramos também Jeremy Bentham (2008), que idealizou estruturas arquitetônicas de instituições como prisão, hospital e escola permeáveis a um modelo de controle de suas populações que as tornasse vigiadas constantemente, em operação imune à observação daquelas. Conforme sinaliza no extenso título, Bentham informa que o projeto de casa de inspeção destina-se a subsidiar a engenharia de diversos estabelecimentos, não apenas a prisão, como “casas de indústria, casas de trabalho, casas para pobres, manufaturas, hospícios, lazaretos, hospitais e escolas”, pois, no fim das contas, propunha-se a ofertar um “novo princípio de construção aplicável a qualquer sorte de estabelecimento, no qual pessoas de qualquer tipo necessitem ser mantidas sob inspeção” (p. XV).

Ambas vertentes partem de novas concepções do crime e do criminoso, aquele qual não deve ter mais nenhuma relação com a falta moral ou religiosa; não seria, portanto, uma ruptura com a lei natural, mas com uma *lei humana* estabelecida previamente. Assim, o crime passa a ser compreendido como um dano social, uma perturbação a toda sociedade. O criminoso, por conseguinte, é aquele que perturba, aquele que rompe com o pacto social. Dessa maneira, o tratamento dado pela nova lei penal francesa (referência para as europeias ocidentais) ao criminoso, visto dessa maneira, deveria ser o de exigir a reparação do mal causado ou impedir que males semelhantes pudessem ser cometidos novamente contra o corpo social.

Com insuficiência teórica, a prisão surge no início do século XIX, no lugar de tradicionais tipos de punição (a deportação; a vergonha/humilhação; o trabalho forçado; e a pena de talião). Emerge como elemento figurado de uma nova maneira de pensar a penalidade, pois “tem menos em vista a defesa geral da sociedade que o controle e a reforma psicológica e moral das atitudes e do comportamento dos indivíduos” (FOUCAULT, 2005, p. 85).

Como exploraremos mais adiante, a noção de periculosidade passa a ser central na criminologia e no novo sistema de penalidades que acabara de se instituir<sup>14</sup>. O controle sobre os indivíduos não será sobre o que fizeram em dissonância com a lei, mas sobre o que poderão fazer ou do que são capazes de fazer, ou seja, suas virtualidades. Tal noção cria condições de possibilidade para que a instituição penal extrapole o poder judiciário. O controle das virtualidades deverá ser feito em termos de vigilância pela polícia e, em termos de correção, por uma rede de instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, pedagógicas etc. São os saberes de domínio sobre a vida, e não simplesmente sobre a norma. Podemos dizer que se trata da primeira vitória, no contexto penal, do sistema administrativo sobre o judiciário.

Essa prática social, em que se articulam em rede as instituições que visavam corrigir as virtualidades, Foucault chama “ortopedia social”, e aponta o projeto arquitetônico de Bentham – o Panóptico – como um protótipo da sociedade de vigilância que sorrateiramente se instaurava. Neste modelo não há mais inquérito, mas vigilância, exame. Em homenagem à

---

<sup>14</sup> Muito embora a noção de periculosidade seja central nos diversos matizes criminológicos, não será nessa dissertação, tanto por haver muitos e melhores estudos acessíveis sobre o tema (conforme referências que apresentamos) quanto porque, ao se adotá-la como central, ela totaliza os debates em torno de si e impõe uma gravidade de extrema densidade para a proposta em tela – o que não é de nosso intuito.

Bentham, Foucault intitulou Panoptismo o tipo de poder (-atmosfera) que provoca efeitos semelhantes àqueles promovidos aos indivíduos nos espaços em formato de panóptico. Isto é,

vigilância permanente sobre os indivíduos por alguém que exerce sobre eles um poder e que, enquanto exerce esse poder, tem a possibilidade tanto de vigiar quanto de constituir, sobre aqueles que vigia, a respeito deles, um saber. [...] Ele se ordena em torno da norma, o que é normal ou não, correto ou não [...] (FOUCAULT, 2005, p. 88).

Segundo o autor francês, na Inglaterra do século XVIII, multiplicam-se comunidades – boa parte orientada religiosamente - que se atribuíram a tarefa de manter e criar instrumentos para assegurar a ordem em face de si mesmas, dispostas a guardar a moral e os bons costumes, com fins de auto-defesa diante de agitações sociais, e grandes companhias e sociedades comerciais que deveriam tomar conta de seus estoques e mercadorias. Na realidade, esses grupos construíram para si um meio de escapar ao cruel poder político e judiciário da época, que previa, para mais de trezentos casos, a força como pena.

No entanto, no decorrer do mesmo século, houve um deslocamento social em que a reforma moral deixa de ser um mecanismo de defesa destes grupos e é incorporada ao poder da autoridade penal. Se, antes, aquela reforma era uma maneira de escapar à lei, agora ela passa a ser parte da lei e, uma vez gerida pelas classes mais abastadas, o controle social será um instrumento de poder destes sobre as mais pobres. A isso responde o fato de o pensamento religioso que orientava a compreensão da prática do crime em torno da falta moral, antes rejeitado na estatização da teoria penal, ter sido incorporado à prática judiciária, no século XIX, como instrumento de poder, de controle de cima pra baixo.

Segundo Foucault, na França, o processo foi bastante diferente em virtude de seu forte aparelho do estado monárquico, sobretudo em razão do instrumento para-judiciário denominado *lettre-de-cachet*. Tratava-se não de lei, mas de ordem régia a um indivíduo, mas que, com o passar do tempo, sua emissão foi também sendo apropriada pela população. Na maioria das vezes instrumento de punição, era comumente solicitada por indivíduos diversos (como maridos ultrajados e familiares que desejavam o afastamento de um parente), numa espécie de contra-poder, um poder que vinha de baixo, um controle que eles poderiam exercer sobre si mesmos. Era uma forma, portanto, de “regulamentar a moralidade cotidiana da vida social, uma maneira do grupo ou dos grupos [...] assegurarem seu próprio policiamento e sua própria ordem” (FOUCAULT, 2005, p. 97). De seu aprimoramento se desenvolve a prisão, que já recebia forte apelo iluminista para substituir as penas corporais. Durante a análise, retomaremos esse instrumento.

Ao longo do século XIX, o Brasil foi absorvendo o modelo penal francês, significativamente inspirador para o português colonial. Exemplo, ainda hoje, é a presença de palavras francesas no vocabulário jurídico penal nacional. É, assim, naquele século que o Brasil internaliza normas cada vez mais lastreadas na prisão, elevada ao grau simbólico de principal retribuição – de repercussão midiática – aos praticantes de crimes.

A passagem entre os séculos XIX e XX ainda sustentava a necessidade de se estudar o perfil criminoso, momento em que, no Brasil, as ciências médicas ganham a primeira fase de notoriedade na relação com a justiça. O poder psiquiátrico expresso pela oitocentista medicina social brasileira consagrou-se na doença, patologizando, ineditamente, os perfis criminosos. Exponenciada, a medicina social qualificou-se com base no controle urbano da circulação e ocupação demográfica e, em nível cirúrgico, na mensuração do perigo e, por consequência, das estratégias de contenção de sua realização (MACHADO, 1978). No século XX, perdura o “sentimento difundido de que o contato com membros dos grupos *outsiders* contamina, observado nos grupos estabelecidos, refere-se à contaminação pela anomia e pela sujeira, misturadas numa coisa só” (ELIAS, 1994, p. 29).

Nessa mesma centúria, o atrelamento das políticas sociais às criminais nos EUA e Europa, cada vez maior quanto mais experienciam as grandes guerras, promove, logo, um distanciamento do modelo penal brasileiro dos demais, restando aqui apenas os excessos político-criminais de “fora”, sobretudo dos EUA. As modulações discursivas vão fortalecendo a simbologia da interlocução inviável entre o sujeito criminoso e a sociedade, do que decorre o recrudescimento criminal na segunda metade do século.

Se não foi o *welfare-state* pós-guerra, foram os excessos em questão vividos pelo Brasil: estratégias que propõem a superação das teorias criminológicas que, desde o final do século XIX, defendiam o estudo do sujeito criminoso, da causa do crime e o desenvolvimento do modelo penal como gradativamente (ao longo das primeiras décadas do sec. XX) ressocializador (FIGUEIRÓ e DIMENSTEIN, 2016). Segundo Souza e Azevedo (2015),

A partir da década de 1970, nos EUA e na Inglaterra, emergem novas formas de pensamento sobre o crime e a criminalidade que apontam aspectos das mudanças atuais nas práticas de controle do crime, como as “criminologias da vida cotidiana” (...) O crime é simplesmente uma decorrência dos padrões de interação existentes na contemporaneidade e, assim, é apenas mais um risco a ser calculado e um acidente a ser evitado. O sujeito criminalizado não é mais compreendido como um indivíduo (p. 127).

O criminoso é visto não como “desajustado carente de assistência, mas sim como um consumidor que age em termos de risco e oportunidade e cujas atitudes não podem ser

mudadas, mas cujo acesso aos bens pode ser bloqueado” (SOUZA e AZEVEDO, 2015, p. 127). Nesse sentido, ganha força a bandeira de que a atuação estatal deve orientar-se pela imposição de barreiras que inibam o sujeito de cometer crimes cotidianos. Trata-se, assim, de focalizar nos delitos do dia-a-dia, “na minimização dos riscos e na redução de danos, com a identificação de novos alvos de condutas desviantes e novas formas de lidar com eles” (ibidem, p. 127). Todavia, o delito cotidiano não é, idealmente, o principal a ocupar as agendas institucionais, mas a estratégia para se perfilar os criminosos perigosos e seus crimes complexos.

Segundo Ditter (2013), nos EUA dos anos 1970, houve um "giro efficientista" que determinou uma certa sinceridade penal, diante do cansaço das tentativas de harmonização social que, desde o século XIX, orientam a prisão com a finalidade de reinserção do preso: em adesão à "emergente tendência gerencialista, os ideólogos da repressão reformularam a incapacitação, atribuindo-lhe os valores definidos pela cartilha neoliberal" (p. 02). Prender menos e melhor era o mantra que adjetivava o novo paradigma. À época, então, idealizavam-se as alternativas penais em resposta aos crimes do cotidiano, como justificativa da idéia de se manterem presos apenas os "mais perigosos", tornando “semilibertos” os praticantes de crimes eventuais, um primeiro estágio do princípio da "incapacitação seletiva" (p. 3): selecionar aqueles que devem perdurar mais tempo e sob maior aflição na prisão sem mais o objetivo primordial de ressocializar, mas de punir simplesmente.

Porém, para tal finalidade, era necessário retomar os estudos que atualizassem os perfis de criminosos. Nos anos seguintes, diversos projetos científicos tramitaram a todo vapor para demonstrar qual, ao final, é a "certa" minoria populacional praticante dos crimes violentos, segmento cuja irrecuperabilidade fortalece as tradicionais ações criminais punitivistas, deixando-se de lado a (considerada) ingênua ação preventiva. Ao longo dessas décadas, em torno da Europa e EUA, foi possível verificar novos dados: importante parte dos adultos perfilados nos projetos de pesquisa foram adolescentes criminalizados na virada paradigmática em curso desde os anos 1980, e carregavam vidas marcadas pelas expressões da questão social. Esse resultado confirmava as suspeitas de que nem sempre os crimes produzem punição, mas o contrário – o que hoje é comumente ilustrada pela figurada idéia de que as cadeias são *escolas do crime*. Mais que isso, conforme trata Angela Davis em entrevista a Mendieta (2006), é necessário “pensar sobre a possibilidade de a punição ser consequência de outros tipos de forças, e não fundamentalmente da prática de um delito” (p. 135).

Contudo, na contramão das novas perspectivas críticas do contexto criminal, em razão do especialismo científico-social que atribuiu a uma pequena parcela criminosa a prática da maioria dos crimes violentos, o foco penal passa a ser, ainda mais, o seletivo público múltiplas vezes classificado em zonas de periculosidade, sob o combativo argumento que desconsiderava fatores criminógenos típicos da prisão, atribuindo plena responsabilidade da reincidência e situação precarizada de vida ao sujeito preso. E mais: o aprofundamento técnico dos infundáveis diagnósticos, numa era computadorizada, constitui um modelo atuarial de responsabilização penal. Segundo Ditter (2013), nos EUA,

a promessa de eficiência na orientação do sistema de justiça criminal a partir de instrumentos atuariais (“risk assessment tools”) (...) era didaticamente apresentada com a ajuda de fórmulas e gráficos, para demonstrar, de acordo com seu cálculo, que (...) uma prática mais seletiva que adotasse seu método e aumentasse a incapacitação dos condenados com perfil de alto risco em 25%, redundaria na diminuição dos roubos em 5%, com correspondente aumento da população carcerária em apenas 3%” (p. 6).

Os instrumentos atuariais, ademais, entraram no campo da saúde mental, instrumentalizando, sob o viés da incapacitação seletiva, as matrizes diagnósticas e ações psiquiátricas. Contudo, “operacionalizar o novo modelo de gestão da criminalidade dentro das velhas estruturas da repressão” significou, como um dos efeitos de grande magnitude, a queda do exercício discricionário de juízes, cujas decisões seriam engessadas em torno dos “Decision Making Softwares”, os cálculos atuariais informatizados (DITTER, p. 07). Estaríamos, então, num novo episódio da hegemonia do poder administrativo sobre o judiciário? Os debates sobre as causas do crime tornam-se cada vez mais distantes – porque prescindíveis em face da automação da resolução judicial –, o que se acirra na medida em que a legislação de garantia de direitos também é empurrada para longe. Assim, o erro do alvo do paradigma atuarial também veio com a mesma força. Nos países que encabeçaram essa lógica atuarial, o principal efeito foi a majoração da superlotação carcerária, e o segundo, o vertiginoso aumento do custo financeiro. Ao lado, constatou-se que, de seletiva, a incapacitação tornou-se genérica. Os crimes de cotidiano passam a compor, novamente, o perfil protagonista das prisões. Algo dessa realidade se aproxima do contexto do manicômio judiciário.

Assim, é nos anos 2000 que o contexto político-criminal produz práticas discursivas em torno de uma “nova penologia” (FEELEY e SIMON, 2012), para que se possa apenas gerir o crime, numa lógica auto-referenciada, “distribuindo e controlando os criminosos, na medida em que se aumentam os dispositivos de controle” (as penas alternativas à prisão têm

sido estudadas como causa para novas gerações de ingressantes no sistema prisional), “diminuindo a probabilidade de que uma pessoa em conflito com a lei venha a se reinserir socialmente” (FIGUEIRÓ e DIMENSTEIN, 2016, p. 195).

Enquanto as criminologias tradicionais e progressistas dedicavam-se ao estudo do crime e do perfil criminoso, entre extremos, da patologia à luta de classes, “as novas criminologias vêem o crime como o prolongamento de uma interação social normal, explicável por referência aos esquemas clássicos de motivação” (GARLAND, 1999, p. 61). Entendemos que Garland se refere, entre outras de matriz crítica, à escola do campo atuarial. O enfoque torna-se cada vez menor no estudo e apuração das causas da prática infracional, e mais sobre o tronco de manejo, figura típica do circuito dos bois até o abate. Trata-se, em outras palavras, da manipulação dos corpos no interior de um sistema que aprimora seus mecanismos de punição temperando-a com incapacitação. Assim, conforme aduz David Garland (1999),

Os modos de expressão punitiva favoritos são também, e é importante notá-lo, modos de segregação penal e de incapacitação. A preocupação política dos dias de hoje não é puramente punitiva (tal que pudesse ser satisfeita por medidas como castigo corporal) nem puramente orientada para a proteção pública (o que, antigamente, levava a medidas de detenção preventiva que minimizavam seu conteúdo punitivo). Tem-se a preocupação de produzir sanções que combinem os dois modos de ver sob a forma de uma segregação e de uma incapacitação punitivas. O novo ideal penal é que o público seja protegido e que seus sentimentos sejam expressos. A segregação punitiva — penas de longa duração em prisões “sem frescuras” e uma existência estigmatizada, controlada de perto, para aqueles que são, finalmente, libertados — é cada vez mais a escolha que se impõe (GARLAND, 1999, p. 61).

Temos, então, o que o autor denomina “criminologia esquizoide”, um hibridismo contemporâneo da “criminologia do cotidiano” – dos delitos simples de oportunidade e fortuitos - com a “criminologia do outro” – dos delitos complexos e violentos localizados no ser estranho, nos *outsiders*. A política criminal atuarial nasceu para resolver esse segundo segmento de crimes, prendendo mais e melhor seus responsáveis e descontextualizando socialmente as questões imanentes à prática delituosa, sem deixar de prender os primeiros criminosos, intensificando, inclusive, o recrudescimento sobre eles.

Se Salo de Carvalho (2010, p. 149) invoca Scull ao confirmar que, nos anos 70, o sufocamento econômico-fiscal dos modelos de bem-estar social europeus conduziria ao desencarceramento, esse processo teria ocorrido com os “pacientes psiquiátricos”, mas não com os condenados criminais. Ao recuperar Garland, Carvalho ainda reforça que, de fato, as prisões parecem ter vindo para ficar: são fundamentais “à nova dinâmica das sociedades

neoliberais de modernidade tardia” (ibidem, p. 149), onde, ademais, essa estratégia ganha contornos superlativos. E finaliza acentuando que as prisões se sustentam no ponto de encontro entre o risco e a retribuição, elementos que não só suportam a penalização da relação com drogas como, em exponencial reação estatal, as medidas de segurança, nelas se justificando.

Segundo David Garland (1999), as reformas penais da década de 1980 na Inglaterra redirecionaram a política criminal ao propor medidas de desencarceramento e direitos do preso em cumprimento de pena, o que, nos anos seguintes, parece nem mesmo ter sido normatizado. Na disputa diária entre as criminologias do eu e do outro, proposições administrativas punitivistas tradicionais foram retomando as rédeas. O mesmo poderíamos dizer do Brasil, que passou pela Reforma Penal de 1984, cujos auspícios foram fortalecidos no advento da Constituição Federal de 1988, mas que, já em 1990, sofreu o primeiro abalo: a lei de crimes hediondos restaura o histórico paradigma punitivista, seguida de outras na esteira normativa penal da virada do século. Fissuras equivalentes terá a política de saúde mental no Brasil, mas somente a partir dos anos 2010. De 1991 – primeiro ano de vigência da Lei n. 8080/1990 (BRASIL, 1990), que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil – a 2015, a Política Nacional de Saúde Mental estivera sob condução de coordenadores essencialmente antimanicomiais. A blindagem da gestão, contudo, já sofria abalos desde 2010, quando da expedição do Decreto n. 7179/2010, que instituía o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010a), produzindo os primeiros desvios de rota, a seguir discriminados. Desde já, entretanto, importa reconhecer a consolidação, por duas décadas, das diretrizes da política de saúde mental no país, ao contrário da política criminal e penitenciária, cujos princípios que constituem a finalidade reeducadora já não convenceriam, nos anos 1990, mesmo os que neles acreditavam quando da promulgação da lei da reforma penal. Novamente, retornamos à tônica moderna da racionalidade voltada para a incapacitação seletiva e, em processo mais amplo, do gerencialismo atuarial do sistema prisional.

## CAPÍTULO III – UM OLHAR SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Uma vez introduzido breve olhar sobre as questões penitenciárias e criminais do Brasil do século XX, avancemos para as equivalentes no contexto antimanicomial e em saúde mental. Desse modo é que acreditamos poder aproximar os distintos debates cuja incongruência maior se manifesta na preservação dos manicômios judiciários.

### 3.1 - A tradição psiquiátrica

Conforme vimos, esse estudo estabeleceu uma janela temporal orientada nos marcos políticos da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei de Drogas e Plano Crack. Retomemos, agora, a linha histórica que perfaz o contexto das respectivas políticas públicas. Muitos são os estudos (DELGADO, 1992; AMARANTE, 2003; CARVALHO, 2013) que aprofundam os eixos estruturantes das práticas penal-psiquiátricas no Brasil, a partir da repercussão das escolas criminológicas europeias no século XIX e as inspirações brasileiras. Sugeridas as fontes para conhecer a estrutura desses processos políticos, não faremos novo inventário histórico da medicina social no Brasil, mas avançaremos sobre os aspectos singulares de alguns momentos da passagem dos séculos XIX a XXI, o que se replicará, com outras nuances, ao longo das situações-limite.

Se, conforme Batista (2002), “o *estranho* nas práticas penais germânicas antigas, como o *servo* ou o *judeu* no reino visigótico, e também o *herege* perante a inquisição medieval não são propriamente humanos”, na formação nacional brasileira, é no conjunto das “multidões” – ladeado por “índios, negros, trabalhadores, prostitutas” (p. 23) – que os loucos (a partir do século XIX) e os usuários de drogas (século XX) encontram-se. Para os loucos, uma série de hospitais psiquiátricos é inaugurada a partir de 1852 (Hospital Pedro II, Rio de Janeiro). Emprestando o nome da região, em 1890, o mesmo hospital, da “Praia Vermelha”, foi renomeado como Hospício Nacional de Alienados. Atualmente, o pioneiro ainda funciona, no bairro de Engenho de Dentro, como Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira, levando o nome de uma psiquiatra que lutou, entre os anos 1930 e 1950, pela humanização da atenção psiquiátrica hospitalar (MELLO, 2014).

Para os usuários de drogas, recentemente, lança-se mão dos hospitais psiquiátricos. Já os tradicionais encarceramentos penitenciários, com alta taxa de ocupação nas últimas

décadas, dividem-se entre prisões comuns e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). Mesmo com o advento da Lei de Drogas de 2006, sabe-se que uma significativa parcela empobrecida de usuários de psicoativos é etiquetada como comerciantes, vindo a ser penalizada com privação de liberdade (CAMPOS, 2015). E é no comum perfil de “inimigo público” que cada indivíduo torna-se o “novo sujeito culpável” desde o sistema penal canônico (BATISTA, 2002, p. 26).

Ao final do século XIX, a prisão é sustentada por saberes que disputam seu fundamento, mais em razão do público a que se presta do que da conduta a ser repreendida: saberes criminológicos e médicos acotovelam-se pela hegemonia na enunciação do discurso. Em 1870, destacam-se vozes de movimento de médicos que reivindicavam a retirada dos loucos que haviam praticado crimes dos hospitais psiquiátricos “comuns” (MACHADO, 1978). O Decreto 1132/1903 (BRASIL, 1903) autorizou a criação de “manicômios criminais”, em função de cuja ausência, enquanto perdurasse, deveriam os gestores locais criar alas especiais nos hospitais psiquiátricos. Nesse mesmo ano foi criada a seção “Lombroso” no Hospital Nacional.

Em certa medida alinhado à Escola Positivista, no Brasil, é Heitor Carrilho quem, na consagração de seu “Estudo clínico das epilepsias emotivas” (1930), chancelara o que se constituía internacionalmente: a consolidação da teoria degenerativa da loucura (fonte do paradigma da loucura moral) e o seu atrelamento à prática delituosa, emergindo, daí, “dois movimentos: de criminalização da doença e psiquiatria do crime” (DELGADO, 1992, p. 77). Intensificam-se as gritas sobre a contraproducente presença de “loucos criminosos” no meio de loucos “não criminosos”, o que seria desfavorável ao tratamento desses. Porém, é das águas do século XIX que Carrilho teria bebido. Se no século XX desenvolve-se o manicômio judiciário como a justaposição institucional do hospital psiquiátrico sobre a prisão, desde antes do decreto de 1903 já se criavam alas especiais para loucos que houvessem cometido crimes: ao mesmo tempo em que o choque elétrico ainda não existia (a camisa de força era o único recurso mais invasivo), segundo o médico francês Philippe Rey, convidado para visita ao Hospital Pedro II, em 1875:

Foi criada uma ala exclusiva na casa de detenção para esses infelizes, que consiste de algumas celas que se assemelham às do asilo. Uma dessas celas apresenta uma disposição especial. A parede traseira de madeira é móvel e pode ser manipulada por um mecanismo externo: ela desliza em direção à porta, assim ameaçando o doente. Essa unidade é destinada aos alienados criminosos perigosos (REY, 1875, p. 402).

Vemos o protótipo do que viria a ser o manicômio judiciário do século XX, sendo, em 1921, inaugurado o primeiro do país, na capital fluminense, de nome Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. Terceiro Código Penal brasileiro, a lei de 1940 situa-se na ponta da esteira legislativa que, desde o século XIX, veicula as duas principais doutrinas organizadoras do pensamento criminal-médico - Escolas Clássica e Positivista -, clivadas pela questão da imputação – ou da liberdade de autodeterminar-se. Sob argumentos oriundos do pensamento da defesa social, as pessoas que experienciam a loucura passam a ser concebidas como perigosas porque temíveis na sua conduta-surpresa e na alta probabilidade de fazerem o mal: *encarceráveis* porque doentes; *internáveis* porque *potencialmente* criminosas.

Desde os anos 1920, 23 estabelecimentos foram abertos no Brasil, ausentes nos estados Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins. Atualmente, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo possuem três unidades cada. No Rio Grande do Sul, foi criado em 1925; na Bahia, em 1928, e em Minas Gerais, o primeiro, na mesma Barbacena das torturas históricas do hospital psiquiátrico<sup>15</sup>, em 1929. Já em São Paulo, em 1933. Mato Grosso e Distrito Federal contam com Ala de Tratamento Psiquiátrico dentro de estabelecimento prisional comum. Não bastasse tamanha quantidade de estabelecimentos, mais cinco manicômios judiciários foram inaugurados após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (DINIZ, 2013).

É sabido que, durante o século XX, houve semelhante compreensão sobre o tratamento moral dos loucos em hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários, com o agravante, no segundo, da incidência da legislação penal, que, por sua natureza *trombótica*, impede a circulação de novas práticas em saúde, tornando os estabelecimentos penais impermeáveis às estratégias que visem a garantir, minimamente, a dignidade humana. É certo que a realidade sanitária também padeceu do paradigma médico-centrado e tutelar até o final do século XX. Contudo, desde os anos 1970, novos movimentos conduziram as políticas de atenção à saúde mental, pareados com os defensores da instituição do Sistema Único de Saúde, divergindo, de uma vez por todas, do trilho traçado pelas políticas criminais, o que, atualmente, revela crescente incongruência no contexto das medidas de segurança.

### 3.2 - Das lutas antimanicomiais à política de saúde mental

---

<sup>15</sup> A histórica institucionalização de Barbacena, estado de Minas Gerais, que matou cerca de 60 mil internos, entre 1910 e 1990, pode ser conhecida a partir da obra *Holocausto Brasileiro* (ARBEX, 2013).

Em 1903, com o Decreto n. 1132 nasce a primeira norma federal de organização da assistência aos então “alienados”. Com tom prevalentemente asilar e caçula perante os mais genéricos código criminal de 1830 e Código Penal de 1890, passa a ter a companhia do Código Civil, em 1916, que disciplina a vida dos “loucos de todo gênero”. Somente em 1934, novo normativo nacional é fundado, no Decreto n. 24.559, que dispunha sobre “a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos” (BRASIL, 1934), em vigência por 67 anos. De caráter eminentemente regulador do comportamento das pessoas a quem se atribuía o estado de loucura, foi norma que acompanhou o período de sua maior institucionalização na história no Brasil.

Em 2001, entra em vigor a lei federal n. 10.216 (BRASIL, 2001), a dispor sobre a reorientação do modelo de atenção psicossocial a partir da localização dos indivíduos como sujeitos de direitos. A lei, que expressa o sentido da democratização através da liberdade, normatiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujas práticas principiaram ainda nos anos 1980, vocalizadas, inicialmente, pelo então Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), conforme tratam Lemos e Prado Filho (2012):

a crise no DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental – em 1978, quando trabalhadores de quatro unidades psiquiátricas do Rio de Janeiro entram em greve fazendo sérias denúncias a respeito da precariedade das condições de internação e trabalho naqueles hospitais. O episódio dá também nascimento ao MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – que, apesar de partir da iniciativa de trabalhadores do setor, já surge com preocupações sociais e articulações políticas extra-muros, agenciando associações de classe, entidades e segmentos mais amplos da sociedade em torno do enfrentamento estratégico da questão manicomial no Brasil (p. 56).

Trata-se do mais expressivo coletivo de trabalhadores no âmbito da saúde mental da época, cujas divergências quanto à amplitude da luta, contudo, crescem nos anos 1980, em razão da dissonância entre um grupo que alçava vôo por meio da institucionalidade e das ações oficiais de governo, e outro, que militava nas ruas e nos serviços de atenção à saúde. A divergência culmina, em dezembro de 1987, na realização, pelo segundo grupo, do II Congresso Nacional do MTSM em Bauru (SP), pois “a ruptura do MTSM com a reforma psiquiátrica passa exatamente pela recusa às políticas oficiais de saúde e pela afirmação da bandeira da luta antimanicomial” (LEMOS e PRADO FILHO, 2012, p. 57).

A luta destacava a importância de inserir na última Assembleia Constituinte o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, fazendo-se representar pelo lema “Por uma sociedade sem manicômios”, e abrindo novos caminhos para a saúde pública no Brasil da “redemocratização” (AMARANTE e TORRE, 2001). Ainda nesse ano, surge o primeiro

Centro de Atenção Psicossocial, denominado CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, ou CAPS Itapeva, por se situar na região central da capital paulista. Propunha-se, em expressivo contraponto ao hospital psiquiátrico, ao atendimento em âmbito comunitário, com método centrado nas necessidades em saúde dos usuários do serviço, inclusão da família e construção de projeto de autonomia e participação social. Com proposta institucional resultante de diversos interesses nem tão próximos, esse CAPS andou paralelamente ao Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), proposta que surge, em 1989, no município de Santos (SP), mesmo momento em que, nessa cidade litorânea, ocorre o primeiro fechamento (com bases na reforma) de hospital psiquiátrico no país – a Casa de Saúde Anchieta. Esse fato inaugura a agenda de abertura das portas hospitalares para o tratamento em liberdade, em estratégias de atenção à saúde de base teórica italiana, com ações mais orientadas pelas necessidades dos usuários e seus familiares. Essas são duas dentre diversas experiências iniciais de radicalização da reforma psiquiátrica brasileira. Enquanto as primeiras experiências de abertura de portas da atenção em âmbito comunitário se desenvolviam, tramitava no Congresso Nacional o Projeto de Lei n. 3657/89, germen da mencionada lei da reforma psiquiátrica. A proposta previa a “extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (BRASIL, 1989). Contudo, o intervalo de doze anos entre a submissão e a promulgação ensejou muitas lutas nos campos popular e institucional: na medida em que movimentos de usuários e familiares, apoiados por trabalhadores tanto de antigos hospitais psiquiátricos quanto dos novos serviços comunitários, ocupavam as ruas e audiências públicas, o elenco de gestões municipais pró-reforma aumentava a cada ano, com resultados já sendo levados aos parlamentos estaduais e federal, bem como ao executivo federal. Porém, as lutas travadas na arena nacional não garantiram que o texto promulgado fosse o original. De projeto de lei que previa a extinção gradativa dos manicômios passou a lei de instituição de direitos dos usuários e regulamentação das modalidades de internação psiquiátrica, tornando a compulsória de aplicação excepcional. Mesmo assim, é consagrado o avanço político nesse segmento setorial da saúde.

Significativa força que conservou a energia de luta no âmbito federal teve propulsão nas duas primeiras Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), em 1987 e 1992. A I CNSM adotou os eixos “Economia, Sociedade e Estado – impactos sobre a saúde e doença mental”; “Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental”; “Cidadania e doença mental – direitos, deveres e legislação do doente mental”. A II CNSM, “Atenção integral e cidadania”. A III CNSM, em 2001, apresentou-se a partir do lema “Cuidar sim,

excluir não. Efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Já a IV CNSM, em 2010, surge com o tema “Saúde mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” (HIRDES, 2009).

Notamos que os temas das históricas Conferências demonstram a distância havida entre as pautas dos movimentos da luta antimanicomial e o contexto prisional. Em relação ao exponencial impacto ao campo da saúde mental, a pauta dos manicômios judiciais engloba as carências e fragilidades dos dois sistemas e emerge no seio tanto dos movimentos de familiares de presos como de usuários dos serviços de saúde mental.

A partir de 2001, com o advento da lei da reforma psiquiátrica, algumas tímidas mobilizações institucionais são realizadas no sentido ora de incluir os estabelecimentos penitenciários no rol de hospitais psiquiátricos alvo de fechamento, ora de incluir seus próprios internos em outro espaço, propriamente de saúde, com o intuito de esvaziar essas prisões psiquiátricas. Da mesma forma como se alterou o texto do PL da reforma psiquiátrica (extinção do estabelecimento psiquiátrico), em 1989, para o texto da lei aprovada (instituição de direitos), a primeira opção sempre fora a mais difícil e, assim, de menos resultados. Ainda assim, tentativa referente ao primeiro objetivo foi realizada com a expedição da Resolução CNPCP n. 2, de 10 de janeiro de 2014 (JUSTIÇA, 2014a), que retira o hospital de custódia do rol de estabelecimentos penais destinatários de repasse de verba federal destinada à construção. Já a segunda estratégia (direito dos internos à saúde mental em outro ambiente) foi mais explorada, dado que não está condicionada à extinção de um modelo de estabelecimento secular. São exemplos de iniciativas normativas: Resolução CNPCP n. 5, de 04/05/2004, que dispõe sobre as “Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001” (JUSTIÇA, 2004); Resolução CNPCP n. 4, de 30/07/2010, que preconiza sobre as “Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciais e Execução da Medida de Segurança” (JUSTIÇA, 2010a); Resolução CNJ n. 113, de 20/04/2010, que dispõe sobre o “procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança” (JUSTIÇA, 2010b); e, por fim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), atualizada na Portaria Interministerial n. 01/2014 (BRASIL, 2014b), capitaneada pelo Ministério da Saúde. Ainda que isolados no contexto político-criminal, esses normativos visaram a enfrentar novos encarceramentos e desinstitucionalizar as pessoas internadas nos manicômios judiciais.

No que tange ao tratamento estatal às pessoas com transtorno mental que entram em conflito com a lei, considerando o insuficiente alcance programático da política decorrente da

Lei 10.216/2001, o advento da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2008a), promulgada na ONU e ratificada pelo Brasil, preencheria eventuais lacunas normativas. O texto internacional define obrigações e compromissos dos Estados signatários para a garantia, promoção e proteção do “exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” (art. 1º), “sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência” (art. 4º). Ademais, impõe aos países signatários a tomada de providências necessárias para que as pessoas com “deficiência” conquistem e conservem o máximo de autonomia e, acima de tudo, tenham reconhecida, imperativamente, sua capacidade legal (art. 12), de fundamental interesse para a pesquisa aqui projetada. Nesse sentido, enumera as obrigações dos Estados Partes e determina que, para cumpri-los, os mesmos são obrigados a “adotar todas as medidas necessárias, inclusive medidas legislativas para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes de modo a garantir proteção e promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência” (art. 4º). Na medida em que o texto internacional fora ratificado sob o rigoroso rito estabelecido no art. 5, §3º da Constituição Federal, obtém *status* constitucional.

Os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico, contudo, expressam extrema dissonância com o texto da Convenção, pois a deficiência não pode mais equivaler à inimputabilidade, nem dessa ser motivo – porque não exclui a capacidade legal – para a clausura. Em outras palavras, a internação de “pessoas com deficiência” nesses espaços asilares ocorre devido à clara “discriminação por motivo de deficiência”. A Convenção propõe que “a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade” (art. 14). Na versão comentada, diz-se ainda que “ninguém deve ser ‘preso’ pelo Estado, por instituições de e para pessoas com deficiência ou mesmo pela família, só por ter uma deficiência” (BRASIL, 2008, p. 69). Ademais, desde 2016, a divergência também ocorre com relação à Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2015b), que prevê, dentre os direitos de liberdade, o de não ser discriminado em razão da deficiência, como também não ser submetido a tratamento hospitalar sem livre consentimento. Essa questão será detalhada ao final da dissertação.

Dado seu valor constitucional, a Convenção deveria forçar a reforma legislativa concernente à abolição da figura jurídica da inimputabilidade que, equivalente à incapacidade civil, é incoerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica (CARVALHO NETTO e MATTOS, 2005). O reconhecimento constitucional da plena capacidade legal deve tornar automática a assunção estatal dos deveres de promoção de ações de redução das barreiras

qualificadoras da deficiência, entre elas, a problematização da imputabilidade e seus efeitos manicomiais. Se deficiência é “a expressão de uma relação complexa entre corpo e sociedade, em que estigmas, exclusão e opressão operam” (SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2010, p. 169), é mais um motivo que torna aberrante a cena de pessoas encerradas em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico.

### 3.3 - Drogas e medida de segurança

A história das prisões latinoamericanas – portanto, também das brasileiras – constrói-se a partir de pressupostos científicos situados no saber jurídico-penal europeu, mimetizado, em nossas terras, a partir do colonialismo ibérico (BATISTA, 2002), regime de dominação que tornou a violação de direitos humanos o modo próprio de constituição da América Latina (ZAFFARONI, 1989).

Como prenunciamos, com significativos excertos inspirados no equivalente italiano fascista, o atual Código Penal nacional perfila, para fins de isenção de pena, o “agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” seja tido como “incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 1940). Primeira a fazer menção a essa prática, a lei informa que se, durante o cometimento do crime, a pessoa se encontrar em estado de “embriaguez, voluntária ou culposa, pelo álcool ou substância de efeitos análogos”, não há exclusão de sua imputabilidade (art. 28, II, CP). Entretanto, em situação abordada pelo §1º do art. 28, o agente pode ser definido como inimputável, logo, “isento de pena”. Já o §2º modula, afirmando que a “pena pode ser reduzida de um a dois terços”, em razão de semi-imputabilidade. Vemo-nos, assim, no que tange ao uso de drogas, diante de um quadro de *poli-imputabilidade*, fonte de insegurança jurídica que nos parece ser fundamental nos jogos de força que circundam o sujeito institucionalizado por uso de drogas.

Diante da semi e inimputabilidade, o código atual instituiu a medida de segurança, que, decorrente da absolvição (imprópria), operacionaliza-se na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (nos casos de crimes abstratamente apenados com reclusão) ou na inserção em tratamento ambulatorial (por penas abstratas de detenção). Agudos no tema das drogas, daí decorrem três pontos cegos: a) enquanto direito, o tratamento declarado na finalidade da medida de segurança não poderia ser determinado compulsoriamente; b) embora

a reforma penal de 1984 tenha abolido o sistema duplo-binário<sup>16</sup>, o art. 98 mantém a opção judicial de se converter a pena de prisão, mesmo que já iniciado seu cumprimento, em medida de segurança; c) recentemente instituída no Código de Processo Penal (BRASIL, 1941), a opção judicial de “internação provisória” permite manter a pessoa no estabelecimento de custódia psiquiátrica sem finalidade terapêutica.

Acudindo-se a Franco Basaglia, Carvalho (2013) menciona a equivalência entre a inserção do preso no manicômio e a do louco na prisão. Sustentadas nas características da configuração real e simbólica de instituição total (GOFFMAN, 2001) ou de um campo de concentração de vidas matáveis (AGAMBEN, 2002), as práticas manicomiais extrapolam os muros do estabelecimento (prisões, hospitais psiquiátricos e congêneres) e irrigam todo o circuito de respostas judiciais às pessoas com transtornos mentais e, sobretudo no século XXI, àquelas que fazem uso de drogas.

Ao retornarmos à lei de drogas, sua prevalência normativa frente ao Código Penal impõe o seguinte rol de penas ao usuário de substâncias psicoativas: advertência, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, o que levaria à conclusão de que, em tese, não há possibilidade de regressão executória para ordem privativa de liberdade. No entanto, ainda que não seja expressamente determinante, conforme vimos no início, o tema das drogas tem engrossado fileiras argumentativas em processos judiciais que, para melhor organizarem o *itinerário institucional de segurança*<sup>17</sup>, dão relevo a outros crimes, os passíveis de aplicação da internação.

Segundo Carneiro (2016), dentre as raízes que inauguram a lógica proibicionista das drogas e de controle de quem delas faz uso, encontra-se a América, em que a matriz protestante puritana estadunidense do século XIX, em frontal ataque à dogmática cristã, pautou-se pela negação do vinho, ação que anunciou os proibicionismos do século XX, a começar pelo instituído na famigerada Lei Seca estadunidense, que interditou a circulação de álcool nos anos 1920. Após a liberação, é na proibição da coca, cannabis e opiáceos que se instaura um regime proibicionista de Estado, pois direcionado ao campo internacional e, ao mesmo tempo, com propósitos implicitamente etnocêntricos, “sob pretextos raciais, xenófobos e eugenistas” (CARNEIRO, 2016, p. 169).

---

<sup>16</sup> Duplo-binário é nomenclatura atribuída ao antigo sistema penal brasileiro de retribuição mista ao crime cometido: poder-se-ia determinar uma reprimenda dupla, de aplicação de penas e medida de segurança.

<sup>17</sup> Em analogia às avessas à expressão “itinerário terapêutico” (CABRAL et al, 2011), de abordagem socioantropológica, criamos a acima para nomear, de modo livre, o conjunto de ações institucionais infligidas sobre o corpo do sujeito submetido à medida de segurança.

No plano interno, é a *cannabis*, associada às “classes baixas, aos negros e à bandidagem” – “classe e/ou raça que, de alguma maneira, eram vistas como perigosas, num Rio de Janeiro que abrigava a maior população escrava do Novo Mundo” -, que passa a ser a primeira substância proscrita, nos anos 1830, em alinhamento ao alerta de “controle sobre as práticas tradicionais de um crescente contingente de população negra e miscigenada, escrava ou liberta” (FIORE, 2005, p. 263). A ratificação brasileira da “Convenção do Ópio” (1911), primeiro tratado internacional sobre o tema, motivou a edição da primeira norma republicana proibicionista (1914), o que é asseverado com pena de prisão e internação compulsória a partir de decreto expedido pelo então presidente Epitácio Pessoa, em 1921 (BRASIL, 1921a). No mesmo ano, nova lei criava a “figura jurídica do toxicômano” (FIORE, 2005, p. 267). Pari passu, a ordem jurídica interna ajustava-se à agenda geopolítica internacional, liderada pela política externa estadunidense. Assim como na história da loucura, é também nas relações de poder que sustentam o proibicionismo que encontramos posições políticas de anulação da autonomia e volição (CARNEIRO, 2016).

### 3.4 - Crack em jogo

Pela ausência de dados oficiais, mas apenas em caráter ilustrativo, pedimos licença para compor com informação oriunda de dados adquiridos durante experiência de trabalho. Desse modo, não há fonte bibliográfica que assegure a validade do cenário a seguir apresentado.

Durante a trajetória na Coordenação-Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, pudemos notar que, a partir dos anos 2000, o perfil das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos alterou-se em diversos sentidos, conforme a mudança das políticas públicas – das sociais às criminais. Partimos da premissa segundo a qual nesses estabelecimentos também se avolumaram as pessoas usuárias de drogas, segmento distante da histórica clientela dos manicômios. São variados e dispersos vetores que ocasionaram as mudanças nas políticas, em distintas direções de aproximação e distanciamento do marco regulatório da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Podemos apontar alguns: atenção comunitária em saúde (nos termos da Lei da Reforma Psiquiátrica), responsabilização em meio aberto ou em meio fechado (conforme a adequação do caso à Lei de Drogas), atenção asilar em comunidades terapêuticas (de acordo com o Plano Crack e seus desdobramentos por resoluções e portarias do Ministério

da Justiça), repressão policial às pessoas em situação de rua (também conforme o Plano Crack). Todos os caminhos tiveram nos hospitais psiquiátricos um ramal ou estação final. Contudo, na tendência que já se avizinhava desde o final da década de 1980, sob o manto da reforma sanitária, esses estabelecimentos passaram a dividir holofotes com outros serviços de saúde, que moveriam a engrenagem psiquiátrica para um novo campo de cuidado, para uma engenharia em saúde mental.

Duas alterações na política de saúde mental foram paradigmáticas no sentido da revisão do secular serviço hospitalar. Trata-se do: (a) investimento nos serviços de base comunitária e do (b) estímulo à redução dos leitos psiquiátricos por meio de incentivo financeiro. São dentes da mesma engrenagem que se orienta pela estratégia da desinstitucionalização, preconizada, *a priori*, no art. 5º da lei n. 10.216/01, segundo o qual a pessoa que estiver em internação de longa permanência tem direito à “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida”. São dois direitos posteriormente organizados a partir da Portaria GM/MS n. 3.088/2011 (BRASIL, 2011b), por ela divididos, respectivamente, nos componentes Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. Já na Portaria GM/MS n. 106/2000 (BRASIL, 2000) – portanto, de um ano antes da Lei da Reforma -, que instituiu os serviços residenciais terapêuticos aos “egressos de internações psiquiátricas de longa permanência”, atribuiu-se à expressão *longa permanência* o significado temporal de dois anos ou mais de internação. Em complexa elaboração clínico-política, o conceito de desinstitucionalização exige mais do que a desinternação, devendo haver, ainda, a mobilização dos recursos familiares, afetivos, comunitários, profissionais etc – em suma, de todas as dimensões da vida -, junto aos serviços sociais públicos, para a retomada de projetos de vida potentes em liberdade. Nesse sentido, veio a lei n. 10.708/2003 (BRASIL, 2003), que instituiu o Programa De Volta pra Casa, e tem como um dos pilares a oferta de um auxílio-reabilitação psicossocial, valor, à época, equiparado ao do salário-mínimo. Nele também se previa o tempo de dois anos como prazo mínimo de internação caracterizada como de longa permanência, sendo a pessoa interna também designada como “moradora de hospital psiquiátrico”, e sua equivalente nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico também gozam desse direito. Tal como as demais informações demográficas do interior dos manicômios judiciais, não há dado oficial disponível sobre a quantidade de beneficiários oriundos desses estabelecimentos.

Ao instituir o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, a Portaria GM/MS n. 52/2004 (BRASIL, 2004) inaugurou uma estratégia administrativa fundamental, que se renovaria na frequência de seu título. Previu-se, nela, a

agregação do fator financeiro ao conjunto de elementos que estruturassem as ações de desinstitucionalização. Se o fechamento dos hospitais psiquiátricos deveria ser gradual, sob pena de se infligir mais sofrimento aos seus moradores do que os já vividos no interior das instituições totais, o delicado processo de ruptura com um modelo secular ensejou a construção de um plano político-orçamentário em que coubessem os variados tipos de estabelecimentos hospitalares. Uma das estratégias passou a ser o fortalecimento do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares no contexto psiquiátrico – PNASH-Psiquiatria -, avaliação periódica organizada na Portaria GM/MS n. 251/2002 (BRASIL, 2002b), após a qual as instituições são enquadradas em oito classes, conforme a pontuação recebida, que, por sua vez, admitia, entre outros critérios, o número de leitos psiquiátricos, divididos em classes de 20 até acima de 400 leitos por hospital. A portaria de 2004 ainda traria desdobramentos decorrentes da classificação dos hospitais, num claro incentivo aos gestores hospitalares para a redução do número de leitos, sob evidente premissa que afirmou a relação inversamente proporcional entre o número de leitos e o valor do repasse por leito psiquiátrico.

Atualmente, a Portaria GM/MS n. 2644/2009 (BRASIL, 2009a) divide em apenas quatro classes. O plano surtiu efeito: é cada vez menor a quantidade de grandes hospitais psiquiátricos, aumentando o número em razão inversa ao tamanho do porte. Segundo os dados do Ministério da Saúde, hospitais situados na primeira faixa – com até 160 leitos – subiram, entre 2002 e 2014, de 24% para 48% da composição dos leitos disponíveis. Já os de mais de 400 leitos – quarta faixa – caíram, no mesmo período, de 29% para 9% do quadro geral de leitos psiquiátricos (BRASIL, 2015a).

Contudo, nos anos 2000, o crescimento vertiginoso do apelo social ao “combate ao crack” resultou em planos federais, estaduais e municipais de redesenho institucional dos sistemas sociais, razão pela qual a Política Nacional de Saúde Mental também teve de responder ao anseio público. Agrega-se a isso o fato de que, em função das negociações em doze anos de tramitação do projeto de lei da reforma psiquiátrica, a legislação em saúde mental não seguiu à risca a proposta original de 1989 (extinguir os manicômios). Em postura tipicamente conciliatória, o Brasil não rompeu em absoluto com os propósitos da clausura e do asilo manicomial. Por essa razão, restou fortalecer, no âmbito administrativo, os processos de inibição da existência dos hospitais psiquiátricos. Assim é que, se em 2002, os manicômios recebiam cerca de 75% do valor total repassado aos serviços hospitalares e extra-hospitalares, em 2005, ocorre a inversão, chegando os mesmos estabelecimentos hospitalares, em 2009, a

adquirir cerca de 32% do montante geral. Em 2013, o percentual caiu para menos de 21% (BRASIL, 2015a).

Sabemos que a lei n. 11.343/2006 – *Nova Lei de Drogas* – inaugurou novo campo de ação pública junto aos usuários de drogas: aboliu a pena de prisão e instituiu penas alternativas, como comparecimento a programas educativos e encaminhamento para serviços de saúde. Apesar de restar a interrogação sobre a (in)compatibilidade entre a ordem judicial de cumprimento de pena alternativa e o exercício do direito à saúde, é inevitável notar uma aproximação discursiva entre os campos da justiça e da atenção às drogas. Seja pela via do investimento nos serviços sociais para atenção ao usuário, seja pela via da repressão à produção e comércio de drogas nas cidades. Afinal, a lei de drogas foi promulgada em processo de acirramento político para o fortalecimento de um tecido normativo punitivista que não enfrentou grande resistência constitucional (FONSECA, 2012), com acentuação nos anos 1990. Nesse sentido, aquela lei desafoga pela desprisonalização dos usuários mas não só aumenta a pena para o tráfico, como amplia o rol de comportamentos enquadráveis nesse tipo penal, chegando a quatorze verbos dos quais cinco também são encontrados no artigo relativo ao uso. Como diferenciar, então, quem tem a substância para o tráfico de quem a tem para o uso? Observe-se que essa nova lei reprograma o registro do perfil de comerciante, produtor e usuário, enunciando discursos pelos quais as agências penais e midiáticas redirecionam seu olhar para novos públicos, até então presos por consumirem as substâncias. Ganharam mas não levaram: os empobrecidos jovens moradores de periferias urbanas, alvo privilegiado dessas agências, ao invés de usufruir da liberdade, passaram a ser, em significativa monta, enquadrados como comerciantes (CAMPOS, 2015; KARAM, 2008)

Conforme já vimos nesse estudo, o olhar periculosista para os usuários de drogas perdurou recalibrando-se ao longo dos tempos. Todavia, uma modulação: de acordo com o levantamento anual mais recente, os gráficos nacionais das causas prisionais em cujo topo se localiza o tráfico de drogas ilustram, a partir da segunda metade dos anos 2000, que aos usuários caberia a força da lei penal que lhes reclassificaria como traficantes (BRASIL, 2016). Outro gráfico poderia ilustrar a magnitude das ordens sanitárias e judiciais de internação em razão do uso de drogas, pela força do sistema de justiça e dos sistemas sociais que assujeitam os usuários a tratamentos em saúde, forçados ou induzidos. Porém, ao que parece, esse estudo ainda não existe em nível nacional.

Estratégia central na outra face da reforma psiquiátrica, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) foi designado como referência comunitária especializada para atendimento em crises e casos crônicos, bem como na organização dos serviços da atenção

básica. Regulamentados por meio da Portaria GM/MS n. 336/2002 (BRASIL, 2002c), classificam-se em cinco tipos por carga horária de funcionamento e público preferencial: CAPS I, II, III, álcool e outras drogas e infanto-juvenil. Por outro turno, ainda que os hospitais psiquiátricos fossem se escasseando, as internações psiquiátricas voluntárias, involuntárias e compulsórias, dispostas no art. 6º da lei da reforma psiquiátrica, mantiveram-se sob baixo controle administrativo e epidemiológico. Mal ou nada regulamentadas, as modalidades de internação foram capturadas na discursividade que organiza as interfaces entre drogas, justiça, moradia e saúde. As mesmas e poucas normas que orientam a aplicação de cada internação são compreendidas sob formas até antagônicas pelas instituições penais e sociais. As internações tiveram nova roupagem a partir, ao menos, de requisitos institucionais que as tornam, conceitualmente, menos arbitrárias.

O crescente clamor pelas questões relacionadas ao crack mobilizou o governo federal, em 2011, a expedir a Portaria GM/MS n. 3088/2011, que organizou alguns serviços e criou outros, coordenando-os sob as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sob os seguintes componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Estratégias de Reabilitação Psicossocial. Assim, os três níveis de complexidade são atravessados por diretrizes e princípios de cuidado em saúde mental, tornando ainda mais robusto o rol de estratégias que descentralizam dos hospitais, elegem outros serviços hospitalares e organizam o cuidado em rede comunitária multiprofissional. Retomemos o levante do apelo ao crack.

Em 2003, o Ministério da Saúde editou a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. Em 2004, a medida foi subsidiada pelo *V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*<sup>18</sup> (CEBRID, 2004), que resultou, entre outras informações:: a) o primeiro uso de álcool se deu, em média, aos 12 anos de idade; b) 65,2% dos estudantes já teriam consumido álcool alguma vez na vida; c) 63,3% consumiram no último ano prévio à pesquisa. No ano de 2007, da edição do Decreto Presidencial n. 6.117/2007 (BRASIL, 2003) criou-se a Política Nacional sobre o Álcool. Em resposta, no ano de 2009, a Portaria GM/MS n. 1.190/2009 (BRASIL, 2009b), do Ministério da Saúde, instaurou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde, considerando “o cenário epidemiológico

---

<sup>18</sup> Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

recente, que mostra a expansão no Brasil do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool, cocaína (pasta-base, crack, merla) e inalantes” (Preâmbulo). Em 2010, mostrando cada vez maior capacidade de inserção no debate sobre as vulnerabilidades sociais, o Ministério da Justiça lançou o *VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras* (CEBRID e SENAD, 2010). No mesmo ano, a Universidade de São Paulo (USP) realizou o *I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre os universitários das 27 capitais brasileiras* (BRASIL, 2010b), sendo que parte do público respondente já era estudante perguntado no V Levantamento<sup>19</sup>. Em devolutiva à sociedade, nesse mesmo ano, expediu-se o Decreto n. 7.179, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas: inaugurava-se, ao lado dos eixos do cuidado e prevenção típicos da atenção à saúde e das ações da assistência social, o eixo da repressão. Em 2011, todos esses normativos culminam na publicação do Plano Crack, é Possível Vencer: de operação interministerial e autoria da Presidência da República, era o resultado de convergências hegemônicas e divergências sem grande espaço nos debates institucionais e midiáticos. Composto pelos eixos do cuidado, prevenção e autoridade, propunha investir significativa monta orçamentária em atividades que incluíam tratar mais e com mais recursos da saúde, bem como prender mais, com quantas fontes de recurso fossem necessárias.

Se crescem as iniciativas orientadas pelo “combate ao crack”, é também pelas comunidades terapêuticas, que, localizadas no eixo do cuidado do Plano Crack, passam a ganhar destaque na agenda institucional nacional, pois destinadas a imiscuir as perspectivas de tratamento com as de negação de direitos. Inspiraram-se menos na concepção inglesa de Maxwell Jones<sup>20</sup>, que as idealizou como estratégia paralela à hospitalar, e mais nos serviços voluntários, mormente de base eclesiástica, que, durante a segunda metade do século XX, protagonizaram em ambiente comunitário (alguns, famosos por se localizarem nos fundos das igrejas), sob o princípio da abstinência com relação ao uso, grupos entre pares, regimentos internos disciplinadores, desatrelamento dos problemas relacionados à questão social, entre outros modos de cuidado emoldurado por aspectos morais proibicionistas. São instituições

<sup>19</sup> Nesta pesquisa, feita com estudantes de universidades públicas e privadas, encontraram-se os seguintes dados: 49% já haveriam experimentado alguma substância psicoativa ilícita; 22% teriam apresentado “risco de desenvolver dependência química”; 80% “dos menores de idade já usaram bebida alcoólica”.

<sup>20</sup> Na Inglaterra dos anos 1950, o sul-africano Maxwell Jones idealizou a comunidade terapêutica como um espaço de prática grupal de resistência às práticas autocráticas hospitalares. Diferentemente das gerações posteriores, não objetivava desconstruir o hospital psiquiátrico, tampouco promover a desinternação das pessoas. Atualmente, instituições que emprestaram o nome multiplicam-se e criam filiais no exterior, seguindo, rigorosamente, diretrizes como “prática da espiritualidade”, “internação”, manter-se “livre de práticas sexuais”, “utilização do trabalho” e imediata ruptura no contato com as substâncias (SAÚDE, 2016).

que cumprem alguns requisitos típicos de um hospital psiquiátrico tradicional, ainda que, em geral, sem profissionais da saúde. São reconhecidas aquelas que se situam preferencialmente isoladas do meio urbano, em grandes espaços de características rurais, indutoras de trabalho braçal como condição de obtenção de alta, com metodologia que se sustenta, em grande parte das fiscalizadas por conselhos de categoria profissional, no sofrimento emocional, desgaste físico e religiosidade (PSICOLOGIA, 2011).

Em completa divergência, mas orientados pela mesma gestão governamental federal, os princípios da RAPS, assim, tiveram de ser relativizados: a engrenagem da saúde mental sofreu uma forte sabotagem com a inserção forçada das comunidades terapêuticas no rol de serviços disponíveis<sup>21</sup>, por meio da Portaria GM/MS n. 131/2012 (BRASIL, 2012a), que estabeleceu o “custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluindo as comunidades terapêuticas”. Em tímido contraponto, a Portaria GM/MS n. 121/2012 (BRASIL, 2012b) criou a “Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas” (UA), e a Portaria GM/MS n. 148/2012 (BRASIL, 2012c), que institui o “Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas” (SHRad). As UA inauguravam um importante e esquecido debate no campo social ao se destacar por se apresentar como espaço de moradia terapêutica, notadamente destinada a público usuário de drogas e que não cumpria os requisitos de ingresso em serviço residencial terapêutico (aquele destinado aos egressos de internação de longa permanência). Já o SHRad propõe-se a fortalecer o componente hospitalar da RAPS, abrindo campo de cuidado junto a usuários de drogas que demandassem internação breve.

Com base nos normativos acima, deduzimos que são serviços que polarizam com os hospitais psiquiátricos a disputa pela clientela de usuários de substâncias psicoativas.

Ainda não é possível aferir o caminho do público usuário de drogas entre as instituições caritativas e de saúde. Contudo, é interessante notar as arestas que balizam alguns fluxos: na medida em que a reforma psiquiátrica desencadeia as estratégias de cuidado em âmbito comunitário, com a lei de drogas, o diálogo entre os sistemas de justiça e saúde veicula discursos cada mais fortes no sentido de uma nova tutela dos usuários, um controle penal-psiquiátrico. A dependência midiática do crack, os investimentos religiosos na gestão

---

<sup>21</sup> Por dentro da militância e da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, podemos olhar sob outra perspectiva: expressiva parte da dimensão comunitária da política já estava sendo capturada pelos segmentos religiosos e absenteístas, que, por meio do emblema *comunidade terapêutica*, começou a auferir receita a partir de coordenação equivalente em secretaria do Ministério da Justiça (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD), diante do que pode ser que o segmento histórico da saúde mental propriamente dita conseguia apenas furar a dominância pastoral para manter a linha da reforma psiquiátrica.

dos recursos públicos e a esquizofrenia dos governos federais Lula (2003 – 2010) e Dilma (2011 – 2016) fragilizaram demasiadamente a Política Nacional de Saúde Mental, desde o governo Collor (1990 – 1992) imune aos ventos conservadores. E então, no meio dessa turbulência se encontra parte dos usuários de drogas. Pois, submersa, outra parte está no sistema penitenciário, dentro do qual uma parcela encontra-se enterrada nos manicômios judiciários.

A partir de 2016, um movimento institucional contra-reformista tomou assento na Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, organizado em torno da ruptura da histórica linha política interna e à quebra democrática em curso desde 2016. Essa invertida apresentou resultados imediatamente. Em dezembro de 2017, a publicação da Portaria GM/MS n. 3.588/2017 (BRASIL, 2017) reverte uma série de conquistas normativas em construção desde a década de 1990. Observamos um início de grande retrocesso na Política Nacional de Saúde Mental, na medida em que, entre outras diretrizes, retoma a organização do financiamento dos hospitais psiquiátricos; reduz a capacidade administrativa das avaliações dos serviços hospitalares psiquiátricos; cria um novo serviço especializado (CAPS IV) voltado apenas aos usuários de crack nos centros de cidade com mais de 500 mil habitantes; invoca e regulamenta o hospital-dia, tornando-o competidor com os serviços abertos não hospitalares; e regulamenta, absorvendo ainda mais, as comunidades terapêuticas. A esses efeitos imediatos os manicômios judiciários são bastante sensíveis, pois comportam segmento que ainda mal conseguiu entoar os gritos da reforma psiquiátrica. A repercussão do freio político, como viremos, respinga também nas posições judiciárias sobre os presos no manicômio judiciário da Paraíba.

## CAPÍTULO IV - O MÉTODO NA MEDIDA INCERTA

### 4.1 - Passos que transpassam para não trespassar

A pesquisa realiza-se a partir de procedimentos quanti-qualitativos. O estudo foi viabilizado a partir do acesso aos autos de processos criminais que tramitaram no estado da Paraíba. A princípio, planejou-se manter o campo circunscrito à capital paraibana. Contudo, conforme detalharemos adiante, descartar o interior do estado seria uma grande perda, pois a maioria dos processos pertinentes tramitava fora da comarca de João Pessoa. Ademais - o que era desconhecido à época da propositura do projeto -, significativa parte dos processos já tramitava pela via eletrônica, sendo os autos, portanto, acessíveis. A princípio, adotamos o período de 2002 a 2016, uma vez que o marco inicial é o primeiro ano de vigência da lei da reforma psiquiátrica e o marco final, o último ano encerrado até o início dessa pesquisa. Contudo, estendemos até 2017, pois a coleta de dados já se desdobra no ano de 2018. Com isso, redimensionamos a divisão do período acrescentando um ano no terceiro intervalo: a) entre a Lei da Reforma e a Nova Lei de Drogas (2001 – 2006); b) entre a Nova Lei de Drogas e o Plano Crack, É Possível Vencer (2006 – 2011); c) entre o Plano Crack e o último ano completo prévio ao estudo (2011 – 2017)<sup>22</sup>.

A despeito da regra que atribui natureza pública aos processos criminais, um dos passos operacionais foi obter autorização judicial, junto às Varas de Execução Penal do Forum Criminal da comarca de João Pessoa e à diretoria do mesmo Fórum Criminal, para o acesso àqueles em que conste, de 2002 a 2017, a determinação de medida de segurança de internação. Como vemos adiante, esse diálogo autorizativo inicial propiciou antecipar o entendimento sobre os sistemas de informação judiciários.

Numa primeira etapa, foi feito o levantamento de todos os processos criminais em que constem ordens de medida de segurança. Constatamos a quantidade de processos que têm nas sentenças judiciais o registro do uso de drogas por parte do sujeito sentenciado. Assim, conseguimos organizar a quantidade de processos sobre o total, tanto no período dos 16 anos quanto anualmente.

Contudo, para a primeira fase de busca dos processos, não seria possível individualizá-los, por número, pois não o temos. Pelo contrário, alegamos, em ofício à Vara de Execução

---

<sup>22</sup> Importante observar que essa divisão trifásica não tem pertinência constante ao longo da dissertação, senão durante a primeira fase – ou primeiro objetivo específico -, qual seja o levantamento de processos com determinação de medida de segurança de internação.

Penal, ser nebuloso o universo de processos, cujo contorno seria baseado no esperado sistema de buscas internas do Poder Judiciário naquele fórum. Em resposta obtida diretamente na presença da juíza, soubemos que a Vara não possui sistema de busca que aproveite apenas essa informação genérica temporal (todos os processos entre 2002 e 2017). Sendo assim, orientou fosse obtida lista de pessoas presas nessas condições e nesse período diretamente junto ao diretor do Instituto de Psiquiatria Forense (IPF) do estado, no qual se encontra ou se encontrou aquele público. Pela lista de entradas na instituição, por mês e ano, poder-se-ia buscar os processos respectivos. Assim feito, em atenciosa resposta ao pedido, o mencionado diretor entregou lista com nome, filiação e, quando o caso, data de saída. Curiosamente, a direção informou que não possui lista cronológica de entrada que alcance o ano de 2002, mas apenas as datas de desinternação. De posse do documento, novamente na presença da juíza, essa, assustada com a resultante quantidade de 256 processos e procedimentos verificatórios, alegou que, embora houvesse possibilidade técnica, não seria viável deslocar um funcionário ou estagiário para auxílio na busca de tamanha monta. Então, orientou obter autorização junto ao sistema eletrônico de processos do Tribunal de Justiça da Paraíba para acesso autônomo aos processos, pela própria *internet*.

Obtidas autorização e cadastramento no sistema, iniciamos nova fase de aproximação do campo: sentar-se ao computador e dedicar centenas de horas para a qualificação dos dados do primeiro levantamento, separando-se os processos físicos dos digitalizados ou nascidos já no sistema eletrônico. Isso, porque, de acordo com a Resolução n. 185/2013 do Conselho Nacional de Justiça, foi “instituído o Sistema Processo Judicial Eletrônico - PJe como sistema informatizado de processo judicial no âmbito do Poder Judiciário” (JUSTIÇA, 2013), o que exigiu que os tribunais de justiça dos estados passassem a admitir apenas processos iniciados pela via eletrônica. Contudo, a eles restaria a tarefa - de prazo indefinível - de digitalização dos já existentes na via física, o que tornaria ainda mais distante a inclusão dos residuais processos arquivados fisicamente. Bem, dentre os processos que interessam à pesquisa, havia dezenas em todas as situações de armazenamento. E cada qual trouxe dificuldades distintas.

Uma vez identificados os 102 processos que já tramitam pela via eletrônica, restou formular novo pedido, a cada Vara Criminal, para acesso aos processos físicos, sejam os arquivados como os que ainda tramitavam. Enquanto os pedidos aguardavam resposta das 11 Varas da capital nas quais constavam processos de pessoas internadas no IPF no período selecionado, fizemos novos filtros nos eletrônicos, cujos documentos estão disponíveis no portal do Tribunal de Justiça do estado da Paraíba. A primeira triagem foi a classificação entre os que são oriundos de comarcas da capital e de outras dentro e fora da Paraíba. Uma vez que,

a rigor, importavam-nos as ações penais que tramitavam, desde o início, na cidade de João Pessoa, nesse grupo realizamos mais alguns filtros, como data da sentença judicial – para o enquadre no período de 2002 a 2017. Porém, como adiante justificaremos, ampliamos o universo de processos ao incluir aqueles cujas sentenças foram proferidas também no interior do estado. E vale informar que a Vara Criminal Militar negou-se a responder ao pedido de acesso aos autos durante o período em que foi realizada a coleta de dados.

A consecução dessa fase contribuiu para a segunda etapa: a escolha dos processos cujos autos serão a fonte de informações que mobilizarão a análise das práticas discursivas dos atores judiciais sobre o uso de drogas como organizador do jogo de forças que orientam o *itinerário institucional de segurança* dos sujeitos submetidos à medida de segurança de internação.

De uma primeira leitura dos textos selecionados, criamos um sistema de **situações-limite e questões recorrentes** que viabilizará o manejo e estudo dos dados coletados.

#### 4.2 - Na medida do compasso

Ao passo em que adotamos os princípios que orientam a *pesquisa social* para nosso campo de estudo, recorremos a autores condizentes e referenciais no contexto metodológico adotado. Haguet (2001) introduz o debate conceitual sobre as questões de método a partir das teorias epistemológicas e suas correntes ao longo da história dos últimos séculos. Depois de mencionar o empirismo, apresenta o racionalismo cartesiano como contraponto central que produz efeitos até a atualidade acerca do que seja e de como se opera/produz ciência. Nesse ínterim histórico, segundo a autora, outras teorias, como a dialética marxista, a fenomenológica hegeliana, ou mesmo a kantiana, produziram novos caminhos sobre o *pensar o pensamento sobre o humano*. É em Marx que o *pensar* também se volta ao mundo concreto, real, das contradições e inflexões, elementos que se tornam base do conhecimento; tudo, porém, sob o guarda-chuva do positivismo; logo, do iluminismo. Contudo, mesmo em Marx encontramos ponto de apoio nas questões da subjetividade. Em *Sobre o Suicídio* (2006), o autor prussiano introduz o raro entendimento sobre sua literatura ao sinalizar alguma preocupação com esse campo. Nessa obra, entra nas “angústias da existência mediada pela propriedade (...) antecipa temas como direito ao aborto, o feminismo” (p. 11). Notável é a distintiva abordagem identitária e existencialista de Marx, pois, ao avançar na reflexão sobre as causas dos suicídios em sua época e território, avalia que

Para saber se o motivo que determina o indivíduo a se matar é leviano ou não, não se pode pretender medir a sensibilidade dos homens usando-se uma única e mesma medida; não se pode concluir pela igualdade das sensações, tampouco pela igualdade dos caracteres e dos temperamentos; o mesmo acontecimento provoca um sentimento imperceptível em alguns e uma dor violenta em outros. A felicidade e a infelicidade têm tantas maneiras de ser e de se manifestar quantas são as diferenças entre os indivíduos e os espíritos” (MARX, 2006, p. 25).

Com isso, relativizamos o entendimento objetivante da obra marxista, que, a rigor, já traz noções de subjetividades, ingrediente para o que viria a ser, no século seguinte, o campo das práticas discursivas. Ao mesmo tempo, conforme Haguette (2001), acompanhou essa modulação entre as teorias a idéia de se pensar as populações, as massas, os coletivos, forma de produzir ciência que passa a ocupar o espaço até então protagonizado pelo racionalismo no ser ontológico, no solitário indivíduo, no ser-em-si hegeliano.

Esse passo dado pela autora produz uma abertura em que ela desenvolve o conceito das metodologias qualitativas no âmbito dos estudos sociológicos, contraponto ao paradigma estrutural, pois, ao contrário desse, são percebidas na perspectiva da interação e constante modificação das relações entre os seres humanos, levando-se em conta, inclusive, o meio onde vivem e atuam. Por conseguinte, Haguette desenvolve seu escrito a partir da historicização e conceituação dos seguintes campos metodológicos qualitativos: o interacionismo simbólico e suas particulares etnometodologia e dramaturgia social; as técnicas observação-participante, a história de vida, a história oral e a entrevista.

Segundo Haguette, encabeçada por Harold Garfinkel nos anos 1960, a abordagem etnometodológica deu seus primeiros passos na pesquisa em que ele estudava a compreensão dos jurados sobre sua atuação no júri: o estudo sobre o método relativo a um processo no qual está inserido um indivíduo em relação à função dele e seus pares no mesmo processo. Ou o estudo e análise das “atividades cotidianas dos membros de uma comunidade ou organização” (p. 49), em contraponto à hegemônica visão durkheimiana de então, segundo a qual é a realidade objetiva dos fatos sociais a causa e o fim da sociologia. Nesse sentido, investe na identificação da natureza da realidade construída e sobre a qual se constrói determinado coletivo, bem como na compreensão da fala e da linguagem presente. Trata-se de uma abordagem em torno da interação social como componente inextricável do discurso entoado numa perspectiva que já deixava para trás a estrutural-funcionalista. Assim, anunciava um tipo de análise de discurso pós-estruturalista com a qual Michel Foucault, autor estratégico nessa pesquisa, conversaria adiante.

Enquanto qualificamos esse estudo como *pesquisa social*, referindo-se a um certo desencantamento weberiano relacionado à experiência científica da objetividade, Flick (2009) reconhece o "baixo grau de aplicabilidade" das pesquisas tradicionais das ciências sociais. Em contraponto, a pesquisa social, por meio da "pesquisa de aplicação vem demonstrando que as descobertas científicas não são incorporadas às práticas políticas tanto quanto se esperava". Adverte, ainda, que se tornou evidente que

os resultados das ciências sociais raramente são percebidos e utilizados na vida cotidiana" (...) Na busca por satisfazer padrões metodológicos, suas pesquisas e descobertas frequentemente afastam-se das questões e dos problemas da vida cotidiana (FLICK, 2009, p. 22).

Nota-se que a presente pesquisa não parte de "enunciados objetivamente verdadeiros", mas de alguns "relativos a sujeitos e a situações" (FLICK, 2009, p. 22). E o método, obviamente, deve se alinhar ao objeto, situação e questões que elevam o problema em debate ao grau de importância que salte aos olhos desse pesquisador. Ou seja, em termos atualizados da metodologia científica, distintamente do tradicional, "para fazer justiça à diversidade da vida cotidiana, os métodos são caracterizados conforme a abertura para com seus objetos" (FLICK, 2009, p. 24). Nesse sentido é que as próprias criações metodológicas também podem avançar sobre novos campos de pesquisa social, uma vez que aquelas são alavancadas pelo tema, que sobre elas deve ter primazia (FLICK, 2009) - e não o contrário.

No fim das contas, também não se trata de separar teoria de método, ou de hierarquizá-los, afinal

as técnicas, na verdade, são secundárias no sentido de que poderão ser sempre justificadas dentro do método científico. (...) a grande questão que se coloca hoje não é o domínio dos métodos, mas o escrutínio de sua própria visão de mundo" (HAGUETTE, 2001, p. 19).

Ao mesmo tempo, "metodologia é muito mais que técnicas. Ela inclui as concepções teóricas da abordagem, articulando-se com a teoria, com a realidade empírica e com os pensamentos sobre a realidade" (MINAYO, 1994, p. 15).

Para a consecução do primeiro objetivo específico (levantamento de todas as sentenças judiciais no período eleito), recorreremos a estratégias de identificação da frequência do tema das drogas ilícitas – a partir das corriqueiras expressões que as significam. A finalidade era observar se havia alguma relação, ao longo do período estabelecido, entre a incidência desse tema nas decisões judiciais e o advento dos marcos normativos apresentados. Assim, a

pesquisa compõe-se de análises com dimensões quantitativa (primeira etapa, geral de dados de todo o universo) e qualitativa (referentes a alguns dados, previamente selecionados, dentre os encontrados no universo, e analisados quantitativamente), afinal, "no cotidiano da prática de pesquisa, fora das discussões metodológicas, frequentemente se faz necessária e útil a ligação entre as duas abordagens" (FLICK, 2009, p. 33). Porquanto "a pesquisa qualitativa dirige-se à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais" (p. 37), apoiado em Bryman, Flick aduz que

a relação entre os níveis micro e macro de um ponto essencial pode ser esclarecida por meio da combinação entre pesquisa qualitativa e pesquisa quantitativa, podendo cada uma destas ser apropriada a etapas distintas do processo de pesquisa (p. 40).

Após essa opção dedutivo-frequencial, selecionados os processos nos quais o tema das drogas está presente, lançaremos mão, para perseguir o segundo objetivo específico (dimensão qualitativa), de técnicas da análise do discurso, compreendendo-se não apenas as linguagens, mas ações, contextos, seleções, escolhas e outras produções sociais – em suma, acontecimentos - que conformam as formações discursivas.

Conforme Caregnato e Mutti (2006), a Análise do Discurso apresenta-se em dezenas de vertentes, estando, entre elas, a oriunda da Escola Francesa, encabeçada por Michel Pechêux, que articula a presença do discurso como algo escondido entre a linguagem e a sociedade na formação do sujeito e das dimensões históricas que lhe atravessam<sup>23</sup>. Segundo o autor, a linguagem é materializada na ideologia<sup>24</sup>, e esta se manifesta naquela, fundamentando uma escolha de, para além de se praticar a leitura de textos políticos, trabalhar-se a “política da língua que se materializa no corpo do texto, ou seja, na formulação, por gestos de interpretação que tomam sua forma na textualização do discurso” (ORLANDI, 2005, p. 10). De acordo com Sales (2010), para Pechêux, o discurso é “efeito de sentidos entre locutores, um objeto sócio-histórico em que o linguístico está pressuposto”, sendo a discursividade a “inserção dos efeitos materiais da língua na história, incluindo a análise do imaginário na

<sup>23</sup> A despeito do berço pecheuxtiano, a análise do discurso que adotamos não prioriza seu exercício a partir da hegemonia da textualização do político, na concreta, embora ideológica, linguagem. Seguimos adiante, com inspiração foucaultiana, para adotar a dimensão discursiva presente nos enunciados que tem na palavra ideologizada apenas um supedâneo, não o central.

<sup>24</sup> Segundo Marilena Chauí (2008), desde sua invenção conceitual, em 1801, a palavra *ideologia* ganhou muitos significados de correntes distintas. Por uma questão de coerência, uma vez que a autora Eni Orlandi tem inspirações marxistas, adotaremos o próprio conceito – de orientação também marxista - disseminado pela filósofa, para quem ideologia é “o processo pelo qual as ideias da classe dominante tornam-se ideias de todas as classes sociais, tornam-se ideias dominantes” (p. 85).

relação dos sujeitos com a linguagem” (p. 11). Em outras palavras, o autor francês preocupa-se não com a literalidade da palavra, mas com os efeitos dos sentidos veiculados nela e, por conseguinte, na locução do sujeito cujo pensamento – necessariamente ideologizado – não é prévio à linguagem, mas consequente, pois as “pessoas são filiadas a um saber discursivo que não se aprende, mas que produz seus efeitos por intermédio da ideologia e do inconsciente” (p. 11). Não há separação entre estrutura e acontecimento, não há um externo alheio à linguagem, mas necessariamente uma relação entre ambos conformando um *interdiscurso*. Contudo, não se deve negligenciar o fato inarredável de que quem analisa também o faz por meio de um discurso marcado, logo, ideologicamente.

Se, a partir dos anos 1970, no interior da Análise do Discurso, começou-se a construir uma abertura para pensar-se para além do discurso, isto é, acerca da discursividade, entram aí, com o enunciado, as noções de autor, acontecimento e disciplina.

Em *Sobre a arqueologia das ciências. Resposta ao círculo de epistemologia* (2005), Foucault discute os processos de continuidade e descontinuidade dos acontecimentos históricos, relacionando-os aos discursos, suas formações e o saber. Em *Nietzsche, a genealogia e a história* (1979), o autor francês debruça-se sobre as noções de acontecimento e suas emergências, a relação com o tempo e a origem das coisas, “não a golpes de ‘grandes erros benfazejos’ mas de ‘pequenas verdades inaparentes estabelecidas por um método severo’” (p. 16). É sobre a análise da proveniência (*Herkunft*) e a análise da emergência (*Entstehung*) que Foucault encontra em Nietzsche uma via de discussão dos sentidos históricos em contraposição à história dos historiadores, carregada de origens (*Ursprung*) e “significações ideais” (p. 16); o lugar da verdade, “espécie de erro que tem a seu favor o fato de não poder ser refutada” (p. 19). Quanto mais se historiciza, mais se produz verdade, e vice-versa. Já em *A ordem do discurso* (2010), Foucault introduz seu estudo a partir da hipótese segundo a qual toda produção de discurso é controlada e organizada por procedimentos destinados a rebater seus perigos e “dominar seus acontecimentos” (p. 09). Nos três escritos, encontramos, necessariamente, análises que levam em conta a produção de um discurso, sua historicidade e as variâncias de sua formação sobre as quais Foucault chama atenção. Com o discurso também vêm a formação e o lugar do saber na relação com as ciências, com as quais também se relacionam a história e os sistemas de exclusão. É sobre a produção do discurso que mais nos debruçaremos.

Se, durante séculos, a produção da história se deu a partir de uma certa *plataformização* dos vastos e artificialmente estabilizados períodos de ocorrências históricas, atualmente, “procura-se detectar a incidência de interrupções” (ibidem, p. 84). Foucault

também acentua uma crítica a essa construção e conservação das estruturas de longa duração como tecido histórico perene somente em cima do qual se poderia, *a priori*, determinar o que foi e, assim, o que será a história. Adverte que se, antes, procuravam-se apagar constantemente as fraturas que denotavam descontinuidade, atualmente, atribui-se a ela um novo estatuto, a partir do qual a história passa a cumprir uma tripla função: cabe ao historiador ser mais autor do que organizador da história, com maior autonomia para determinar onde se encontram as rupturas; a história, assim, torna-se o resultado dessa construção feita autonomamente pelo historiador; desse modo, torna-se um conceito – mas, talvez, também um método e organizador – voltado a destrinchar, em detalhes, as especificidades dos fatos. Mas quem é mesmo o autor da história? Apesar de o historiador ser um autor, na conformação do discurso que autoriza determinada versão histórica, ele é mais um veículo do que um autor propriamente concreto.

Ainda na mesma obra, podemos encontrar uma definição para *autor*. Foucault inicia a explanação por meio da conceituação dos elementos de exclusão a orientar a produção do discurso. Uma das formas de exclusão propagadas pelo e no discurso, a interdição é classificável em três tipos: a “palavra proibida”, “segregação da loucura” e a “vontade de verdade” (ibidem, p. 19). No que diz respeito às “vontades de verdade”, dá-se a partir de um “suporte institucional” composto de pedagogia, livros, obras, arquivos, bibliotecas e laboratórios, como também pelo modo pelo qual o saber se sustenta em uma sociedade (p. 17). E, dentre os procedimentos de um discurso, Foucault analisa o *comentário*, texto que, reiterado ou combatido, toma lugar nos dizeres cotidianos. O autor é um outro elemento-princípio: princípio de um “agrupamento do discurso” (p. 26), “aquele que dá à inquietante linguagem da ficção suas unidades, seus nós de coerência, sua inserção no real” (p. 28). A seguir, Foucault traz à baila a *disciplina* como princípio de limitação da produção do discurso, e que se opõe aos dois primeiros, pois vinculado a um jogo restrito e, ao mesmo tempo, a um campo de possibilidades indefinidas, o que, ademais, não significa abrangência de tudo e todos, mas limitação a um certo campo de conhecimento. A disciplina, além disso, ativa o policiamento discursivo inerente a cada campo de verdades. Por isso, é um “princípio de controle da produção do discurso” (p. 36). Mas quem tem acesso aos discursos? Depende de como se procedem os rituais de produção e reprodução do discurso, que consideram os comportamentos e gestos dos indivíduos que falam.

Voltando à questão da história, “é preciso aceitar compreender em que se transformou a história no trabalho real dos historiadores: um certo uso regrado da descontinuidade para a análise das séries temporais” (FOUCAULT, 2005, p. 85). Fazer a genealogia possibilita realizar

a análise da verdade dada sobre a história e, logo, sobre a verdade e a origem das coisas. Como se estivéssemos diante de faixas de áudio ou vídeo em processo de edição, perseguir a proveniência é dilatar os processos históricos até que apareçam seus intervalos, os quais, também esticados, tornam-se evidentes, anunciadores dos acontecimentos como principais, e não mais como secundários. É, ademais, balançar o que estava assentado e imóvel, atingindo a tudo e, especialmente, a todos, no corpo, que é onde se inscrevem e eternizam os registros do passado. Mas é fundamental observar como surgem os acontecimentos e os sinais dinâmicos dos tempos como função de sua ocorrência (FOUCAULT, 1979). Desse modo, é fundamental localizar quem fala e quais comportamentos e gestos estão autorizados no discurso.

Com isso, Foucault propõe conhecermos a idéia de “acontecimento discursivo”, que, ao contribuir na compreensão da história do pensamento e das ciências, também nos convoca a desfazermos-nos de alguns axiomas clássicos. Assim como adverte que devemos deixar de lado os postulados que sustentam a continuidade da história, o autor francês convida ao estranhamento do *livro* e da *obra* como unidades expoentes dessa tradicional forma de se observar/produzir história. Não sendo unidades, são desnudadas, de modo que só as são na medida em que os localizamos num determinado campo discursivo. Também alerta Foucault para a conformação do discurso: expresso no dito, também concorre para sua consecução o não-dito, que, por vezes, precede o dito, o qual, no fim das contas, não precisa ser inteiramente dito, pois parte de si (do dito) é veiculado pelo não dito. O discurso comporta os acontecimentos ao irrompê-los, tornando, portanto, o *acontecimento verdadeiro* algo de impossível localização e dimensionamento. Mas ainda assim, é importante realizar a “descrição pura dos fatos de discurso”, destrinchando-se os elementos que formam essa “população de acontecimentos” (p. 92). Esse detalhamento resulta, por exemplo, na língua como fragmento, um “conjunto finito de regras que”, no entanto, “autoriza um número infinito de *performances*” (destaque nosso, p. 92).

Mas, adjacente à noção e ocorrência de acontecimento, a *emergência* forja-se no presente das coisas, muito embora seja ela colocada, frequentemente, na origem. Ela é a “entrada em cena das forças” (FOUCAULT, 1979, p. 24); não exatamente a força em si, senão o ambiente, a cena onde as forças se encontram e duelam produzindo novas cenas e acontecimentos. Por isso, ela se produz no intervalo. E assim Foucault sugere voltarmos à noção de história, refletindo ser ela um conjunto de intervalos e acontecimentos que, dados os causais encontros de forças divergentes, sustentam-se em guerras e violências, rupturas reais e interpretativas do processo. Nesse sentido, a interpretação histórica não passa de um ato de

violência resultante da captura de um sistema de regras sob novas vontades e novas regras, tentando, a todo tempo, totalizá-las. É a história dos historiadores. Em contraponto, o *sentido histórico* não se apóia sobre um elementar, um imperativo metafísico. Desse modo, é o saber que não ajuda a compreender, mas sim a cortar. Contudo, adverte Foucault, Nietzsche aproxima o sentido histórico e a história dos historiadores, informando que ambos possuem um único começo. E é na apropriação mestra da história que podemos dela fazer um uso genealógico, tornando, de uma vez e ao cabo, distintos a história dos historiadores e o sentido da história, que comporta três tipos de uso: “uso paródico e destruidor da realidade”; “uso dissociativo e destruidor da identidade”; “uso sacrificial e destruidor da verdade” (FOUCAULT, 1979, p. 33).

Foucault também chama atenção para o arquivo, “jogo das regras que, em uma cultura, determinam o aparecimento e o desaparecimento de enunciados, sua permanência e seu apagamento” (FOUCAULT, 2005, p. 95) e o liga aos fatos do discurso, elevados ao nível de *monumento*. E à análise desses fatos o autor atribui a expressão *arqueologia*. Entrando no exemplo da loucura, o autor anota que a unidade de discursos sobre essa condição humana não reside em si mesma, mas no aparecimento das condições que a cercam, sustentam e legitimam, como as descrições médicas, as ações psiquiátricas etc, já que se trata não de individualizar os aspectos centrais da loucura, mas de situar os intervalos e fraturas entre os objetos que significam a loucura. Em análise sobre a produção do discurso e sua conservação nas distintas sociedades ocidentais, Foucault avalia que é na contemporânea que se mais o respeitou, respeito esse alinhado a uma certa veneração que, por sua vez e em seu revés, suporta um certo temor. Contudo, analisar tal temor exige “questionar nossa vontade de verdade; restituir ao discurso seu caráter de acontecimento; suspender, enfim, a soberania do significante” (FOUCAULT, 2010, p. 51). É assim que retomaremos as noções de acontecimento e de vontade de verdade. Para tanto, importa considerar os princípios da *inversão* (das regras e seus jogos, que, antes concertados pelo papel positivo do autor, da disciplina e da vontade da verdade; agora, um jogo negativo de *recorte* e da *rarefação do discurso*); *descontinuidade* (das práticas discursivas), *especificidade* (dos discursos que não podem ser previamente sinalizados, pois se localizam nos acontecimentos); da *exterioridade* (não entrar numa suposta essência do discurso mas observá-lo por fora, na medida em que aparece e dá lugar aos acontecimentos). Esses princípios convidam a questionar os modelos que conduziram à mencionada *história dos historiadores*, sustentadas pela continuidade e estrutura, consciência e causalidade. Em contraponto, é preciso adotar noções de acontecimento e série, regularidade, casualidade e descontinuidade. Desde já, importa anotar

que acontecimento não é acidente, não é “da ordem dos corpos (...), mas é na materialidade que se efetiva” (FOUCAULT, 2010, p. 57). Descontinuidades são as fissuras que atravessam o momento, o instante e “dispersam o sujeito em uma pluralidade de posições e de funções possíveis” (FOUCAULT, 2010, p. 58).

Embora Michel Foucault não tenha produzido propriamente sobre o conceito metodológico de Análise do Discurso, deu algumas pistas da vertente de seu pensamento desdobrável em um exercício analítico. Quanto ao tipo de enunciação utilizada, Foucault classifica em quatro teorias explicativas: *atribuição* (análise da frase como uma unidade em que as palavras são meramente justapostas); *articulação* (entre os distintos significantes de uma frase); *designação* (de signos novos que possibilitam a construção de línguas artificiais) e *derivação* (da existência imóvel da língua a uma mudança ocasionada por “acidentes externos”) (2005, p. 102)

Daí, a partir de dois exemplos históricos (evolucionismo e suas correntes, e fisiocracia e utilitarismo), Foucault procura demonstrar que não se trata de buscar uma unidade discursiva comungada por diversas posições distintas acerca do mesmo tema. Trata-se de conhecer a *existência independente*, o *sistema de pontos de escolha* que possibilita uma corrente fundar-se rumo a um lado escolhido e a outra direcionar-se para outro, num *campo de possibilidades estratégicas*, denotando-se que, assim, as correntes pertencem a uma mesma “formação discursiva”, agrupadora de uma “população de acontecimentos enunciativos” (FOUCAULT, 2005, p. 106). A formação discursiva, logo, é unidade de natureza e nível distintos. Para tanto, importa lembrarmos a noção de sistema de positivities, que não se trata de um conjunto de afirmações positivas, mas de um “domínio de objetos a propósito dos quais se poderia afirmar ou negar proposições verdadeiras ou falsas” (FOUCAULT, 1979, p. 70), na apreensão do poder de afirmação do discurso.

A formação discursiva está associada a um sistema de positivities e de pontos de escolha, o que resulta no *saber*. Diferente de uma soma de conhecimentos, saber é o “conjunto de elementos (...) formados a partir de uma só e mesma positividade, no campo de uma formação discursiva unitária” (FOUCAULT, 2005, p. 110). É no saber que aparecem elementos a reivindicar o *status* de ciência, sob cujas condições de possibilidade pode ser classificada em dois tipos: ciência em si e ciência em sua existência histórica. Interessa essa última, inserta em um sistema constituído por conjuntos discursivos distintos em seus graus configurativos que impedem de conferirmos formas de cientificidade aos discursos. Na medida em que o saber é um campo da história das ciências, ele se encontra exatamente entre a ciência e a experiência. E assim, a arqueologia do saber “coloca fora de circuito (...) o tema

geral do ‘conhecimento’ (...) jogo de formas que se antecipam a todos os conteúdos” (FOUCAULT, 2005, p. 117).

É notória, assim, uma aproximação entre o estudo genealógico da história – que estuda a formação dispersa e descontínua e regular do discurso - e o estudo arqueológico do saber no que se refere à recusa da origem e, ao mesmo tempo, sem negá-la como elemento fundamental das formações discursivas sobre a humanidade e a natureza, ao seu papel na construção da ciência e da história dos historiadores. É assim que a análise do discurso não desvenda o único, a unicidade e a totalidade de um sentido, mas mostra a afirmação no interstício, na rarefação do mesmo discurso. Mas vale salientar que o autor francês não considera o discurso a parte secreta da mensagem, tampouco a própria mensagem, mas o meio pelo qual se enunciam determinadas condições de existência entrecortadas por irrupções históricas e acontecimentos descontínuos (GREGOLIN, 2004).

No que tange à análise propriamente dita, segundo Spink e Frezza (2000, p. 38), trata-se de “um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no mundo”. Se o discurso é determinado pelo uso institucionalizado da linguagem e por um sistema lingüístico, diferentes estruturas de saber têm seus próprios discursos, de modo que teremos de compreender os contornos dos discursos do campo judiciário. Segundo Foucault (2010, p. 39), os discursos judiciários “não podem ser dissociados da prática de um ritual que determina para os sujeitos que falam, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos”.

Assim, nessa pesquisa, atravessar o campo da prática não objetiva, em primeiro plano, constituir a história do manicômio judiciário, da ciência que o justifica ou as causas e efeitos do comportamento individualizado dos atores judiciários, mas analisar tais práticas e os enunciados que as sustentam, espaço de ordem em que o saber também se constitui. Desse modo, respondemos às perguntas a partir do itinerário das falas e dos jogos de posições dos atores judiciais e suas repetições performáticas; os critérios de inclusão e exclusão no itinerário, o modo como eles operam a identificação do sujeito processado pelo uso de drogas, bem como a relevância do uso de drogas em detrimento de sua autonomia; como operam o saber instituído na produção da política criminal em relação à de atenção à saúde mental. Em suma, tudo que produz as verdades em jogo sem serem essas colocadas à prova, mas expostos seu modo e as regras de sua produção. Conforme trata Foucault (2008), é preciso estar atento ao aparecimento, ao acontecimento, à irrupção histórica dos enunciados em torno do tema das drogas, cuja frequência convoca à pormenorizada “descrição dos acontecimentos discursivos” (p. 30).

## CAPÍTULO V - MÃOS AO AUTO!<sup>25</sup>

### 5.1 - Os processos – “o que não está nos autos não está no mundo”

O Código de Processo Penal (BRASIL, 1941) determina que o processo de execução da medida de segurança – como também das penas – deve tramitar na comarca de seu cumprimento. Portanto, todos os processos foram ou estão sendo executados em João Pessoa, dado que o único hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado é o Instituto de Psiquiatria Forense (IPF), situado na capital paraibana. Contudo, os processos têm origens e modalidade inicial distintas, podendo ser:

- a. Processos de modalidade inicial física ou eletrônica
- b. Processos físicos instaurados fora de João Pessoa
- c. Processos físicos instaurados em João Pessoa
- d. Processos instaurados na versão física e em execução na versão eletrônica
- e. Processos instaurados e em execução na versão física
- f. Processos instaurados e em execução na versão eletrônica

Quanto à modalidade inicial dos processos, tanto por não se tratar de informação relevante para esse estudo, como tampouco ser encontrado com precisão nos portais do Tribunal de Justiça, não foi objeto de contabilização exata. Já os demais dados nos importam e são abaixo detalhados em números. Mas, antes, vamos aos bastidores desse garimpo.

Conforme já descrito, foi árduo o caminho de encontro dos dados dos processos criminais relativos ao período planejado (2002 – 2017). Pela ausência de filtros, no banco de dados do Tribunal de Justiça da Paraíba, que organizem os dados processuais em termos cronológicos, não conseguimos, de imediato, levantar os respectivos processos oriundos desse período. Assim é que, como sugestão da própria juíza com quem se conversou informalmente, a única saída foi iniciar a busca a partir da lista de pessoas que estiveram internadas na instituição. Portanto, automaticamente, não buscamos processos de cumprimento de medida de segurança, mas sim pessoas privadas de liberdade – temporária ou permanentemente - no

---

<sup>25</sup> Dentre os diversos significados da palavra *auto*, adotamos, aqui, a referência à folha do processo judicial. Típico brocardo jurídico, o ditado “o que não está nos autos não está no mundo” traduz o pensamento do campo segundo o qual a “verdade”, para ser produzida no processo, está condicionada à presença dos fatos narrados apenas no próprio processo, não podendo socorrer-se de documentos externos.

IPF. Vale observar a importância de se distinguir ambos os universos de pessoas, já que, em alguns casos, ao arrepio da legislação, nem todas as pessoas encontradas no IPF estariam cumprindo medida de segurança de internação. Também podem lá estar por: determinação de internação provisória (durante o julgamento do caso); determinação de internação psiquiátrica compulsória pela via da saúde (sem existência de crime que enseje instauração de processo criminal)<sup>26</sup>; determinação administrativa de encaminhamento de preso em crise psíquica em prisão comum (como veremos, com ou sem laudo psiquiátrico que ateste tal iniciativa); determinação judicial de ida para realização de exame psiquiátrico (o que, conforme se verificou, mantém as pessoas encarceradas por até meses no aguardo da perícia).

## **5.2 - Achados e perdidos – começando pelo fim**

Conforme anunciamos, a busca dos processos teria sido bem sucedida diretamente no local onde eles repousam: o Fórum Criminal. Sem êxito, tivemos de seguir pelo caminho contrário: buscar a lista de pessoas que já passaram pelo manicômio judiciário.

Solicitamos a lista de pessoas que deram entrada no IPF. Contudo, a direção do estabelecimento informou não possuir um banco de dados informatizado com entrada de pessoas por dia, mês e ano. Dispunham apenas de um banco de dados de quem fora desinternado no período que adotamos. Ou seja, não tinham lista de entrada, mas apenas de saída. Logo, recebemos a planilha de 256 desinternações<sup>27</sup> da instituição, desde 09 de janeiro de 2002, primeira alta do ano de início de nossa série histórica. Desde já, vale observar mais uma diferença quantitativa entre pessoas e processos: algumas pessoas passaram pela instituição por mais de uma vez no período selecionado. Mais intrigante se torna o garimpo na medida em que, dentre as 256 desinternações, não há prévia classificação entre pessoas que lá estiveram por um dia (por eventual internação provisória no curso da investigação sobre o crime); outras, por semanas ou meses (para eventual exame pericial); e outras que, por reiteradas vezes, lá estiveram em razão de “problemas de relacionamento” nas demais unidades prisionais do estado. Portanto, essa lista, a rigor, nem mesmo nos informava, com precisão, quem cumpria medida de segurança, haja vista ser o IPF um local de passagem

---

<sup>26</sup> Esse motivo, de evidente ilegalidade, foi declarado verbalmente pelo diretor, quando da reunião para solicitação dos dados.

<sup>27</sup> Neologismos, tanto a palavra desinternação quanto desinternamento, ambas de uso nas instituições totais, serão empregadas de modo indiscriminado nessa dissertação.

também para muitos outros fins. Contudo, sabíamos que qualquer uma que houvesse cumprido a medida, em tese, constaria dessa lista. Havíamos de iniciar as consultas processuais nos portais do sistema de justiça. A partir desse elenco, seguimos para o ponto de partida, o Fórum Criminal, que orientou obter autorização de acesso aos autos na *internet*. Feito isso, pudemos, então, saber em que cartório cada processo tramitava – e, por vezes, a situação processual do sujeito, para descartar, desde já, casos que não eram de cumprimento de medida de segurança.

Sabido que o IPF tem alas destinadas apenas ao público masculino, fomos ao Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira, hospital psiquiátrico comum que custodia as mulheres em cumprimento de medida de segurança. Feita a mesma solicitação à direção da instituição, foi entregue lista com apenas oito mulheres. Questionada sobre a quantidade em tamanho período de 16 anos, a resposta foi uma confirmação contundente de que a lista estava correta. Não foi possível saber o porquê de tão pequeno público, mas se deduz que a informação não corresponde à realidade, tendo em vista que, por exemplo, o Relatório de visita do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura constatou, em 2016, a presença de 4 mulheres internadas.

Duas páginas eletrônicas do portal do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba foram utilizadas nessa primeira etapa. Pela página simples de consulta processual de processos físicos<sup>28</sup>, conseguimos selecionar quais eram dessa natureza (permanecendo ou não nesse formato, atualmente). Contudo, tínhamos de pesquisar também processos eletrônicos, diretamente na página da Vara de Execuções Penais<sup>29</sup>, o que exigia autorização do Tribunal de Justiça. Obtida com o setor de tecnologia de informação, seguimos adiante e, assim, selecionamos, da lista original, os processos que nasceram na via eletrônica ou foram digitalizados durante sua tramitação. Alguns obstáculos operacionais surgiam ao longo desse processo de meses de pesquisa.

Os nomes informados na lista original (oriunda do IPF) não necessariamente estavam de acordo com os registros judiciais, desafio que se impunha na medida em que o sistema de busca no portal do Tribunal de Justiça não apresenta maleabilidade em relação aos nomes foneticamente semelhantes. Em exercício de aproximação, obtivemos alguns êxitos, mas alguns nomes não foram encontrados.

<sup>28</sup>

Disponível

em

<<https://app.tjpb.jus.br/consultaprocessual2/views/inicio.jsf;jsessionid=628CD87CECF8551C149F81F7005E0185>>

<sup>29</sup> Disponível em <<https://vep.tjpb.jus.br/VEPCNJ/>>.

Ademais, o fato de algumas pessoas terem sido processadas em outras comarcas fora do estado da Paraíba – em processos que continuavam físicos – inviabilizava o acesso aos dados básicos, pois não apareciam nos portais do tribunal paraibano.

Na página da consulta de processos físicos, ao se encontrar o processo referente à pessoa listada, não havia sinalização de se tratar de processo de execução de medida de segurança, podendo se tratar de qualquer tipo de expediente relacionado aos motivos anteriormente elencados sobre o encaminhamento para o IPF – inclusive, nem mesmo um processo era certo, mas apenas um procedimento simples, por exemplo, de carta precatória<sup>30</sup>. Ao longo do levantamento, ficamos mais atentos a essa contrainformação, o que nos fez concluir que processos encontrados apenas pela via física, e do interior (logo, processos cujos autos não visitaríamos), não nos trariam a certeza de que estariam veiculando execução de medida de segurança. E como não nos debruçaríamos sobre os processos físicos de comarcas distintas de João Pessoa, avançamos somente até a contabilização da quantidade inicial proveniente do interior, considerando, ainda, poder ser de qualquer conteúdo (dado que não se havia como diferenciá-los entre cartas precatórias, exames de sanidade mental ou mesmo execução da medida). Já os físicos da capital foram mantidos na lista a ser futuramente estudada. Contudo, a despeito de os processos físicos da capital serem de interesse à pesquisa, alguns não estavam disponíveis no cartório por meses, perdendo-se, ao longo do tempo, do radar de estudo.

Já com os processos eletrônicos, enfrentamos outros desafios operacionais: sendo a maioria de origem física, uma parte deles teve suas peças anteriores digitalizadas e disponibilizadas em um ou mais arquivos. Entretanto, nem todas as peças antigas (físicas) foram digitalizadas. Se a regra, por fim confirmada, foi a digitalização das principais peças jurídicas (denúncia do Ministério Público, sentença judicial e, nas raras vezes em que houve interposição de recurso, o acórdão do Tribunal de Justiça – descartadas as peças da defesa), o mesmo não parecia valer para os documentos de natureza psiquiátrica e psicossocial bem como os produzidos no âmbito do inquérito policial (nesses, poderia haver, inclusive, laudos que autorizassem a internação provisória no IPF). Esses documentos não eram completamente faltantes, contudo a carência em alguns processos nos causou dúvidas sobre a direção psiquiátrica que eles apontavam. Devemos salientar, desde já, que nenhuma das mulheres da

---

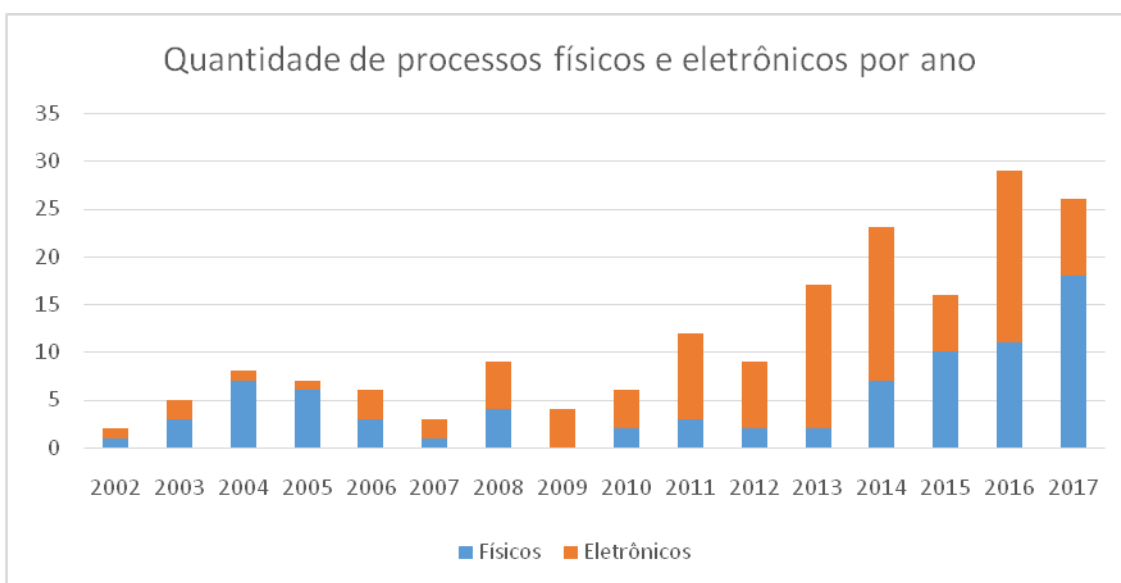
<sup>30</sup> Carta precatória é um documento simples, de uma página como um mandado judicial, que veicula o pedido de uma Vara a outra, em outra comarca, seja para interrogar pessoa que lá resida, seja para outros procedimentos relativos ao processo que tramita na Vara original.

lista informada pelo Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira foi encontrada nos dois portais eletrônicos.

O quebra-cabeças, assim, foi sendo montado e, ao final da planilha elaborada, pudemos fazer algumas checagens que nos autorizaram chegar aos dados a seguir.

### 5.2.1 - Perdidos no cárcere – dados gerais

Da lista de 256 pessoas informadas como tendo estado no IPF ao longo de 2002 a 2017, chegamos ao resultado de 182 processos e procedimentos<sup>31</sup>, dos quais 80 ainda são físicos e 102 eletrônicos. É o que encontramos no gráfico.

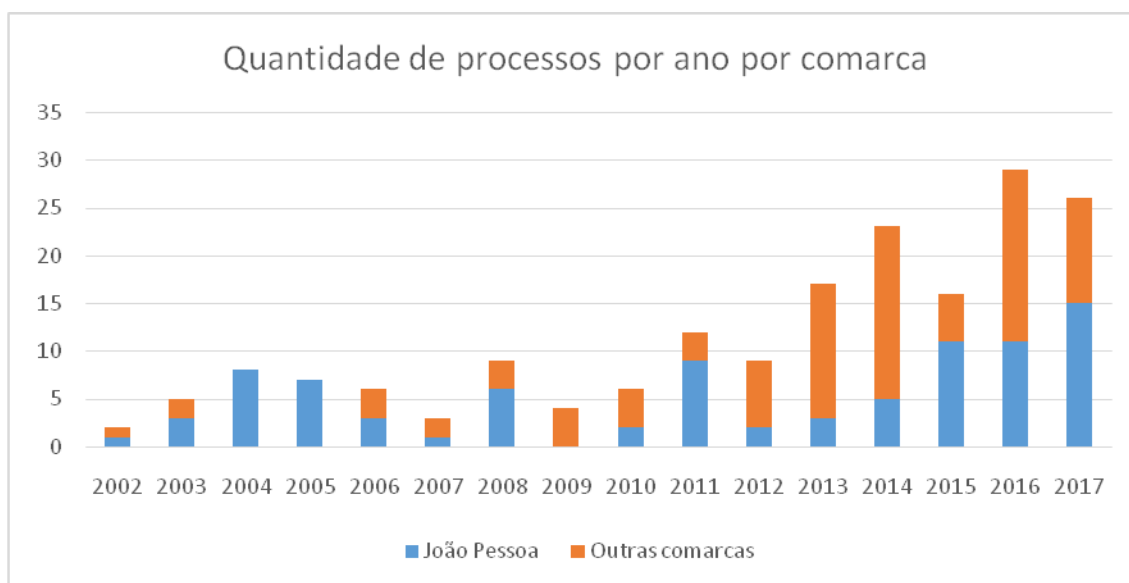


Esse gráfico nos permite produzir uma leitura geral da realidade judiciária criminal no estado da Paraíba no contexto das medidas de segurança de internação. Mesmo considerando as ressalvas apresentados no intróito, é possível verificar uma sinuosidade que informa que, entre 2002 e 2017, houve uma onda crescente de sentenças de que sobressaem os anos de 2004, 2008, 2011, 2014 e 2016. Com maior expressão, podemos dividir esse período em três fases: entre 2002 e 2007 – com pico em 2004 -; entre 2008 e 2012 – com pico em 2011 -;

<sup>31</sup> Importante salientar que o número de processos não equivale ao número de pessoas, dado que uma pode estar submetida a mais de um.

entre 2013 e 2017 – com pico em 2016. Portanto, os anos de **2004**, **2011** e **2016** são os destaques em cada uma das três fases temporais. São anos, portanto, que podem confirmar a divisão antevista durante o planejamento dessa pesquisa, classificação organizada em três momentos: 2002 – 2006; 2007 – 2011; 2012 – 2017. Em suma, cada um dos três anos em destaque no gráfico faz parte de uma das etapas orientadoras no início dessa pesquisa, justamente planejadas por serem iniciadas por novos e contundentes marcos normativos no contexto das políticas sobre drogas no Brasil: Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), Nova Lei de Drogas (2006) e Plano Crack, é Possível Vencer (2012).

Em relevante recorte para nossa pesquisa, do total, 87 processos são oriundos de Varas da capital paraibana e 95, de outras pelo interior do estado e do país. Ao entrarmos no cenário dos processos, realizamos uma primeira divisão por comarca, com sua subdivisão por ano. É o que segue.

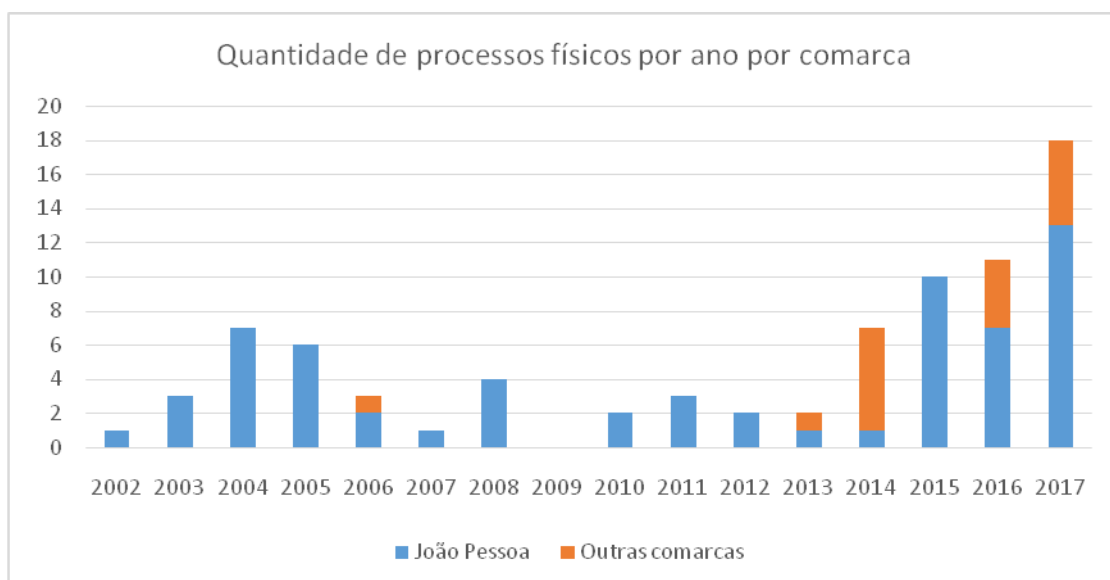


A divisão por comarcas e por ano nos permite notar que houve uma acentuação expressiva na capital nos anos 2004 e 2005, bem como uma queda mais brusca em 2012. Interessante notar que, se a tendência sempre foi um aumento geral acompanhado de um aumento em João Pessoa, houve ruptura desse padrão em 2015 (a passagem de 2014 foi de queda geral mas aumento na capital), 2016 (a passagem de 2015 foi de aumento geral e manutenção na capital) e 2017 (a passagem de 2016 foi de igual quantidade em geral mas com aumento na capital).

Os anos acima são relativos ao momento em que se inaugurou o procedimento de encaminhamento ao IPF, pelos diversos motivos antes apontados, inclusive o cumprimento de medida de segurança. São alguns os momentos de um processo criminal em que determinada pessoa pode ser encaminhada ao manicômio judiciário: durante a fase instrutória – isto é, de apuração do crime e julgamento -; por via da sentença judicial ou do acórdão (quando a medida é determinada em instância recursal); e ou durante a execução de pena comum (em regime fechado, semiaberto ou aberto).

Nesse sentido, o gráfico ainda nos permite compreender a crescente taxa de determinação de encaminhamento ao IPF desde 2009/2010. Essa constatação anuncia um debate que faremos mais adiante: desde 2010, o IPF se torna, em crescente, uma centralidade nos procedimentos relacionados à saúde mental no âmbito da justiça criminal do estado paraibano. Por que seria o cárcere o local privilegiado para realização de exames em potenciais clientes à clausura? Como se organizam as forças judiciárias na atenção ao cárcere para dele escutar, como um oráculo, quem nele deve entrar? Essas e outras questões são pilares para a análise do discurso em torno da construção do sujeito usuário de drogas encarcerável no manicômio judiciário.

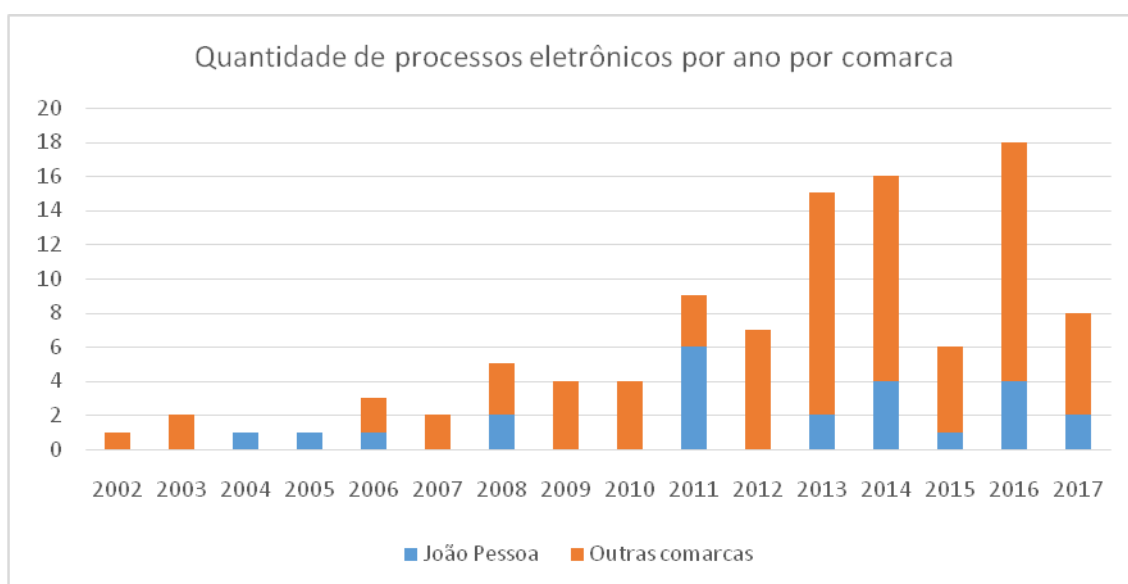
Conforme anunciamos, os processos físicos estão muito mais dispersos ao longo das páginas eletrônicas, cartórios e comarcas. Mesmo assim, dentre os 80 encontrados na primeira etapa, 63 são oriundos da capital paraibana e 17, de outras comarcas, conforme o gráfico abaixo esmiúça por ano.



Notamos que esse gráfico possui uma característica que o assemelha sobremaneira ao segundo gráfico: no período de 2002 a 2007, as duas curvas informam que há crescimento e queda com acentuada proeminência do grupo de 2004. Depois, repetem-se os picos em 2008 e 2011, porém, distintamente do segundo cenário, não há quedas em 2015 e 2017, mas sim crescente constante desde 2013.

No que tange à diferença entre capital e demais comarcas, interessa observar que desde 2014, há um movimento mais randômico: em 2015, surgem apenas processos na capital, número que cai em 2016 e volta a subir, junto com as demais comarcas, em 2017.

Vamos nos aproximando do universo de processos cujos autos serão estudados longitudinalmente. Dentre os achados iniciais, encontramos 102 processos eletrônicos, dos quais 24 são oriundos da capital e 78, de outras comarcas. Abaixo, segue distribuição também pelo recorte de ano.



Após leitura do gráfico, notamos que a tendência conferida no segundo gráfico permanece, sem a ruptura lá encontrada a partir de 2015. Também verificamos que, aqui, há uma preponderância dos processos eletrônicos surgidos em outras comarcas com maior contraste em relação à capital do que a proporção verificada no segundo gráfico. Ou seja, a quantidade de processos físicos e eletrônicos se distribui com mais equilíbrio entre João

Pessoa e outras comarcas do que a quantidade de processos eletrônicos, bem mais encontrados fora da capital paraibana. Com exceção de 2015 e 2017, desde 2005, vemos de modo crescente o número de processos eletrônicos. E, por fim, assim como no segundo gráfico, nesse imediatamente acima se confirma que João Pessoa teve uma baixa na inauguração de processos em 2009.

### 5.2.2 - Achados nos autos – dados, mas têm um preço!

Ao adentrarmos nos documentos componentes dos processos, pudemos fazer um primeiro levantamento daqueles em cujos autos há menção do tema das drogas. Os documentos em que verificamos a presença do tema são a denúncia do Ministério Público, sentença judicial, laudos psiquiátricos e relatório do inquérito policial (nos raros processos que traziam esse documento).

Dentre os 63 processos físicos, diversos foram os que não acessamos porque se tratavam ora de expedientes administrativos (como o caso das cartas precatórias), ora de autorização de saída e encaminhamento para exames no IPF, entre outros tipos sem conteúdo relevante. Outros, independentemente do conteúdo, não pudemos acessar por estarem fora do cartório. Dentre os restantes, não encontramos o tema das drogas. Assim, a despeito de não podermos afirmar que, dentre os físicos, nenhum continha o tema em pauta, há, no mínimo, uma baixa densidade do mote ao compararmos com a realidade encontrada nos processos eletrônicos, que são predominantes nos últimos dez anos. Ativemo-nos, a partir daí, aos processos em meio virtual.

No que tange ao **tema das drogas**, a coleta de dados nos processos eletrônicos nos chamou atenção pela baixa quantidade entre 2002 e 2011, e bem mais expressiva presença de processos entre os anos seguintes. Do total de **34 processos** entre 2002 e 2017, 3 foram instaurados na capital e 31 fora dessa comarca, incluindo outros estados. Na primeira faixa de tempo, apenas um processo oriundo da capital e 6 provenientes de outras comarcas apresentavam o tema das drogas em seus autos. Entre 2012 e 2017, foram 02 processos surgidos em João Pessoa e 25 processos de origem fora da capital. Esse último dado informa que houve certo equilíbrio entre os anos, com destaque para 2012 (5 processos), 2013 (7 processos) e 2014 (6 processos).

Estamos encerrando a primeira etapa da pesquisa – fase quantitativa –, na qual havíamos objetivado fazer um levantamento de dados relativos à quantidade de processos que traziam o tema das drogas em seus autos. Ressaltamos que, de agora em diante, os processos mencionados serão sempre parte do universo de ações criminais que carregam o tema das drogas.

Um primeiro achado que reorienta o projeto inicial é o fato de não ser a sentença judicial o documento no qual mais encontraríamos a menção sobre uso de drogas. No mais das vezes, ela reproduz diretamente alguns trechos dos laudos, em cujo conteúdo, então, verificamos maior presença do assunto. Documento de inauguração do processo criminal, a denúncia do Ministério Público, por sua vez, nem sempre se escora em laudo psiquiátrico ou psicossocial, pois ela antecede a ordem judicial que comumente determina a realização do exame. Portanto, no que tange à hipótese diagnóstica do sujeito, exceto quando lastreada em laudo resultante de exame realizado na fase da investigação policial, a denúncia ministerial veicula tão somente impressões pessoais da promotoria de justiça e informações esparsas oriundas de declarações apresentadas na delegacia de polícia. Vemos aí uma dimensão discursiva distinta daquela cuja formação se dá no contexto da produção de provas, fase propriamente judicial.

Um segundo achado é a esmagadora maioria de processos oriundos de outras comarcas, o que desafiou a proposta inicial de pesquisa a ampliar o universo de processos – da capital para todo o estado paraibano. A rigor, em razão da logística inviável de se ir em busca dos processos físicos nas outras comarcas, escolhemos apenas os processos da capital. Contudo, o fato de os processos físicos não aparecerem nesse novo cenário nos provocou a incluir os eletrônicos (que perfazem o todo) de fora de João Pessoa, na medida em que os principais documentos que subsidiam o processo judicial estavam presentes na versão digital, disponível no portal do Tribunal de Justiça. Pudemos, assim, ampliar o *corpus* e, logo, diversificar o espectro de dados a subsidiar a análise. Porém, descartamos processos que tramitaram, em escala significativa, fora do estado paraibano, dado que o estudo destinou-se a compreender os discursos presentes no contexto judicial da Paraíba.

Sendo assim, diante dos 34 processos finais que esteiam o tema das drogas, avançamos para mais duas classificações: por ano e por “CID”, isto é, por designação diagnóstica relacionada ao uso de álcool e outras drogas. Ao contrário do filtro por diagnóstico, o filtro anual não foi eliminatório. Nos termos da Classificação Internacional de Doenças, que atualmente se encontra em sua quinta versão, a seção “F” concentra as doenças

de interesse psiquiátrico ou, mais apropriadamente, relacionadas à saúde mental. Nesse sentido, as subseções “F10 a F19” trazem os “Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa”<sup>32</sup>.

A classificação por ano apenas organizou o mapa de processos ao longo do período adotado. A segunda classificação possibilitou encontrar processos cujos conteúdos sejam inquestionavelmente atrelados ao comportamento na órbita das drogas. Afinal, também nas primeiras fileiras de processos descartados encontramos menção ao uso de drogas, porém, não necessariamente abririam caminhos de debate a partir de discursos que, com certa nitidez, localizassem as substâncias psicoativas no tabuleiro judicial. Ou seja, não seria a mera menção às drogas que tornaria o processo um conteúdo privilegiado para pesquisa, dada a generalização do tema nas discussões judiciais das últimas décadas, a começar pela participação expressiva do crime de tráfico de drogas no *ranking* de incidência dos tipos penais<sup>33</sup>.

A separação por CID também substituiu a classificação por tempo de medida de segurança, critério proposto inicialmente. Isso, porque entendemos que o critério diagnóstico nos auxilia, com mais precisão, a encontrar casos que possibilitem maior aprofundamento na análise. E o tempo de internação é um dado circunstancial, não determinante para a compreensão da construção do sujeito pelo qual repercute o discurso sobre uso de drogas.

Dessa equação final, restaram **10 pessoas acusadas em 12 processos judiciais**<sup>34</sup>, sendo distribuídos anualmente da seguinte forma:

- a. Ano (e quantidade) de início do processo: 2003 (1), 2004 (1), 2006 (1), 2008 (1), 2009 (1), 2011 (1), 2012 (3), 2013 (3)
- b. Ano (e quantidade) de prolação da sentença judicial de medida de segurança de internação: 2004 (1), 2008 (1), 2009 (1), 2012 (1), 2013 (3), 2014 (1), 2015 (2), 2016 (2).

Em suma, dos 34 processos anteriormente selecionados – vale recordar, a partir da menção ao uso de drogas, no universo de mais de cem -, esses 12 processos são os que apresentam, em seus laudos psiquiátricos o “CID” relacionado ao uso de álcool e outras

<sup>32</sup> Cf. [http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10\\_f19.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm)

<sup>33</sup> Conforme o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias do Infopen/Ministério da Justiça de junho de 2016, o crime de tráfico de drogas é o de maior incidência nas penitenciárias, chegando a quase 30% (BRASIL, 2016).

<sup>34</sup> A diferença de quantidades se dá em razão de um dos sujeitos ter sido submetido a medida de segurança em três processos distintos.

drogas. A concentração de sentenças na década de 2010, obviamente, não permite afirmar tratar-se de uma preponderância de processos dessa natureza em relação aos da década anterior. Não há possibilidade comparativa porquanto não tenha sido possível acessar o conteúdo dos processos físicos das comarcas do interior, acervo fundamental na composição total de processos (físicos e eletrônicos, do interior e da capital). Trata-se, assim, de um contingente de documentos necessariamente - e não aleatoriamente – oriundo de um recorte de processos acessíveis em detrimento de outros não acessíveis.

As sentenças resultantes, cuja maioria já se apresenta no segmento temporal de 2012 a 2017, terão seus processos estudados no sentido de compreendermos como as forças judiciais compõem o contexto do uso de drogas na determinação do cumprimento de medidas de segurança nos atos de conhecimento<sup>35</sup> e, conforme também explicaremos, durante a execução da reprimenda.

### 5.3 - Achados e perdidos - A rota da droga e do sujeito no processo criminal

Nos processos selecionados, quando disponível, o inquérito policial já inaugura as falas sobre o uso de álcool e outras drogas. Sempre atribuindo um modo de vida ao então suspeito; depois, indiciado, denunciado, réu e – em todos os casos, a partir da sentença, equivocadamente nomeado como – “apenado”. O vocabulário relacionado ao uso de drogas adjetiva as cenas do entorno temporal do crime até alvejar, como num redemoinho a caminho da tempestade, o sujeito infrator. Embora, dos pontos de vista técnico e legal, as designações devam orientar-se pelos dizeres periciais, em todos os processos, como viremos, há algumas falas não circunscritas ou remetentes à avaliação psiquiátrica, tampouco ao diagnóstico. Muitos elementos narrativos colaboram para esse comportamento judicial, como - além do próprio quadro clínico - uma certa *descrição-que-precede*, expressão que atribuímos ao ato de fala anterior ao destacado. O processo judicial é feito de falas sempre precedidas de outras, por sua vez, sucessoras de mais algumas. Mas não se trata apenas de mensagens atrás de mensagens, num encadeamento fortuito entre personagens surpresos por se encontrarem no

---

<sup>35</sup> O processamento judicial criminal se divide em duas etapas maiores: fase do conhecimento e fase da execução. A primeira se inicia no recebimento da denúncia do Ministério Público e se encerra ao transitar em julgado a decisão judicial final (em primeira, segunda ou terceira instância judiciária), isto é, ao não caber mais recurso. A fase da execução, que pode correr paralelamente à do conhecimento, começa nos primeiros atos de cumprimento de determinada decisão judicial (pena ou medida de segurança) e termina no momento de encerramento desse cumprimento, inclusas as progressões e demais benefícios penais relativos à reprimenda.

mesmo contexto conflituoso. Ocorre, de fato, um entrosamento premeditado a partir dos papéis que cada qual tem e, sobretudo, do lugar do sujeito acusado, que, entropicamente, é disposto, na teia, a unir seus pontos soltos para a própria imobilização. Enquanto as personagens se desvencilham desde o lugar-zero em que se encontram no início do processo, mobilizando-se cada vez mais num entrecruzamento de carris por onde se deslocam (carril porque extenso mas estanque), o sujeito acusado está cada vez mais fixo, como um dormente por cujas pontas transitam os carris. Parado no processo, o acusado é o eixo de uma balança (dado que não é ele quem sai vitorioso, qualquer que seja o resultado; tampouco é o/a juiz/a o fiel da mesma). De outro modo, é o sujeito acusado instado a ser fiel à balança que sustenta.

Se o discurso é sempre veiculado por e veicula determinados enunciados, numa dimensão figurativa e documental, poderíamos inferir que o processo judicial é feito do pensamento de processos anteriores, veiculando-o e sendo por ele veiculado? Bem, esse é um dos raciocínios que orientam nosso percurso: a rota da droga e do sujeito no processo judicial. O caminho está dividido em dois momentos: conforme a divisão do processo, será orientado pelas fases de conhecimento (da investigação policial até sentença judicial) e de execução da medida de segurança (do primeiro dia de cumprimento até a extinção da medida). Iniciemos pela primeira parte.

Antes de aprofundarmos o estudo a partir dos casos selecionados, importam duas apresentações: dos casos e da linha de procedimentos que tem sido esteira da tramitação dos processos, ou seja, o passo-a-passo desde a prática da infração até a extinção da medida de segurança. Quanto aos casos, elaboramos quadros em que constam informações elementares sobre cada um dos doze processos nos quais figuram dez pessoas. Vale lembrar que, a seguir, para uma das pessoas (FW), apresentaremos fatos relacionados a três processos. O arranjo permite o conhecimento abrangente de cada situação, facilitando aos/às leitores/as o entendimento sobre o contexto de determinados trechos expostos ao longo da dissertação. A qualquer momento do estudo, é possível retornar aos quadros para retomada do histórico longitudinal.

Quadro 1 – Processo de ACMP

| <b><u>ACMP</u></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>LAUDO - 03/04/2012</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>SENTENÇA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>ACMP é nascido em 1982, contando com 29 anos na data do crime. Natural de Campina Grande, foi acusado de cometer crime em Jacaraú. Documentos informam que, ao saber da mãe que a juíza haveria suspenso o benefício, foi tomar informações no fórum, ficando impaciente quando soube da impossibilidade de obter notícias.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 28/11/2011</b></p> <p>ACMP entrou no fórum judicial, tentou roubar a arma de policial, que foi brevemente agredida por ele. Interpelado por outro policial, ACMP correu para fora do fórum, danificou um orelhão, um carro do Ministério Público e uma moto de funcionário (no inquérito, o delegado relatou que ele “estava sob efeito de álcool”).</p> <p><b>RELATÓRIO DO CAPS - 2007</b></p> <p>Funcionário do CAPS descreve ter ele comportamentos inadequados,... sintomas de agressividade, alucinações visuais e auditivas,... internado mais de 11 vezes em HP... já tentou suicídio”.</p> | <p>Segundo o laudo, ACMP “encontra-se revoltado” porque a mãe demora a lhe repassar o benefício assistencial: “Era uma pessoa normal, até que apareceram essas crises e ninguém soube da causa”. Primeiro internamento: depressão. Mais de 30 internamentos. Chegou a receber 8 injeções de conteúdo desconhecido. Por tudo que presenciou nos hospitais, tentou suicídio. “Várias vezes, usou maconha e tinner”. Informa que o crime foi feito após beber. Citam os medicamentos de praxe. Exame: “sem maiores alterações do psiquismo, não é agressivo e tem bom relacionamento... a razão maior...foi o uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas”. Afirma sobre interação química entre medicamentos e bebidas.</p> <p><b>Diagnóstico</b> – Dependência de drogas (F 19.0) + Episódio Depressivo (F32.0)</p> <p><b>CONCLUSÃO:</b> portador de TM (Dep drogas). Sugere CAPS AD, PSF e “tratamento ambulatorial”. Era capaz de entender mas não de autodeterminar-se.</p> | <p>- “conduta social desregrada”; semi-imputável; “periculosidade patente”. Informa que o diretor da cadeia publica onde ele estava sugere internação pois o medicamento não faz o efeito desejado.</p> <p><b>LAUDO – 16/12/2013</b> – favorável à saída temporária - natal</p> <p><b>DECISÃO – 25/02/2014</b> – atraso na apreciação gerou prejuízo do pedido.</p> <p><b>DEFESA – 12/02/2015</b> – pede desinternamento condicional.</p> <p><b>LAUDO:</b> “nega uso de substância etílica”. Favorável ao desinternamento condicional.</p> <p><b>MINISTÉRIO PÚBLICO – 01/03/2015</b> – favorável.</p> <p><b>DECISÃO – 17/03/2015</b> – favorável.</p> <p><b>AUDIÊNCIA DE LIBERAÇÃO – 26/03/2015</b></p> <p><b>LAUDO PELA EXTINÇÃO DA MS – 11/02/2016</b> – CAPS “pelo restante de sua vida”.</p> |

Quadro 2 – Processo de ERFJ

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>ERFJ</u></b></p> <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>ERFJ é nascido em 1985, contando com 27 anos na data do crime. Natural de Mamanguape, região litorânea da Paraíba, foi acusado de cometimento de crime em Mari, interior do estado.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 11/03/2012</b></p> <p>“por motivo fútil, tentou assassinar AGS, utilizando-se de recurso que impossibilitou a defesa da vítima, só não logrando êxito em seu intento por circunstâncias alheias à sua vontade”. “Aproveitando-se da distração da vítima, sacou de uma faca peixeira e desferiu dois golpes contra o ofendido pelas suas costas”.</p> <p><b>SENTENÇA - 29/08/14</b></p> <p>“A condenação seria imperiosa, se não existisse a prova técnica (...) atestando que o réu sofre de TRANSTORNO MENTAL E DE COMPORTAMENTO EM DECORRÊNCIA DO USO DE MÚLTIPLAS DROGAS (CID 10 F 19.2) e que, na época do fato, por perturbação da saúde mental, era</p> | <p>“capaz de entender, mas incapaz de determinar-se. Embora o crime persista, “não se aplica a reprimenda, porque falta-lhe o juízo de censura, estando ausente a reprovabilidade”.</p> <p>Determina internação, “cessando somente com o desaparecimento da periculosidade” (INCOERÊNCIA dado que os antecedentes criminais, de que não poderá livrar-se, segundo o juiz, compõem a periculosidade).</p> <p><b>Entrada no IPF - 01/12/2014</b></p> <p><b>LAUDO - 29/04/2016 – sugere Desinternamento Condicional:</b> Durante a permanência, “obteve boa resposta terapêutica, acatando as recomendações dos técnicos, e aceitando a medicação a ele prescrita, com convívio social respeitoso e adequado (...) chegou a desenvolver atividades laborais na instituição, demonstrando está (sic) adaptado ao convívio social”.</p> <p><b>DECISÃO DE DESINTERNAMENTO – 22/06/2016:</b> “Os Psiquiatras afirmam que a periculosidade do internado está cessada, estando ele em condições de retornar ao</p> | <p>convívio sócio-familiar, devendo apenas continuar em tratamento ambulatorial <i>pelo restante da vida</i> (esse trecho em destaque não está presente no laudo).</p> <p><b>TERMO DE AUDIÊNCIA – 05/07/2016</b></p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 3 – Processos de FW

| <p><b><u>FW</u></b></p> <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>Fabianni é envolvido em 7 processos criminais, todos sob argumentação judicial de consumo de drogas. Desses, 03 resultaram em medida de segurança de internação:</p> <p><b>Crimes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>08/10/2012:</b> Arrombamento de casas e furto de objetos. Preso sob efeito de drogas.</li> </ol> <p>10/11/2015: Sentença de medida de segurança por tempo mínimo indeterminado.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>20/05/2013:</b> arrombamento e furto de objetos em veículo.</li> </ol> <p>A defesa afirmou que ele tem sido “reiteradamente internado em clínica psiquiátrica, sendo viciado em crack, não possuindo autodeterminação para agir”, requerendo medida de segurança de internação ou ambulatorial.</p> | <p>14/09/2016: Sentença de medida de segurança por mínimo de 3 anos.</p> <p>Segundo o juiz, o laudo informa que é “toxicômano, viciado em uso progressivo de várias drogas”. Capaz de entender mas não de determinar-se. Inimputabilidade.</p> <p>Na sentença, afirma-se que o MP, mesmo com incidente de sanidade, mantém pedido de condenação.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>27/11/2013:</b> arrombamento de casa, furto de objetos internos e uso de drogas.</li> </ol> <p>MP pede condenação mas defesa, “em razão do prolongado uso de drogas, ... não tinha plena consciência para decidir como agir, alegando, ainda, a fragilidade das provas”, pede “absolvição ou aplicação de medida de segurança”.</p> <p>Sentença: 10/11/2015: “não é inimputável, mas tem a culpabilidade diminuída pelo fato de a dependência no uso de drogas ter lhe retirado a capacidade de autodeterminação de acordo com o entendimento que tinha sobre o</p> | <p>caráter criminoso de sua conduta, consoante atesta o laudo”. “Personalidade – se mostra voltada à prática de delitos estando deturpada pelo vício em drogas. Conduta social – tenho-a como irregular. Motivo do crime – suprir o vício no uso de drogas. Condena mas substitui, considerando que os peritos indicam internação, “por ser portador de doença incurável, mas tratável”.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 4 – Processo de FMF

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>FMF</u></b></p> <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>FMF é nascido em 1964 (ou 1974, depende da fonte), contando com 39 anos na data do crime. Natural de Itaporanga, onde foi acusado de cometimento de crime.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 04/07/2004.</b></p> <p>Em sua casa, “utilizando-se de uma faca peixeira, de modo cruel, tentou matar sua esposa. Segundo o inquérito policial, desferiu dez golpes, tendo o último golpe ficado encravado em seu corpo, quebrando o cabo da faca. Após o delito, “o deletável acionou a polícia tentando simular um assalto informando que foi um ladrão que tinha efetuado os golpes em sua esposa, momento em que os vizinhos o apontaram como autor do crime, e conduzido à Delegacia, o mesmo confessou a autoria do fato”. Prisão preventiva.</p> <p><b>LAUDO – 12/02/2007</b></p> <p>“O periciando tem antecedentes de uso de álcool e outras drogas, com passagens por esse Instituto, por</p> | <p>uso de álcool e outras drogas”.</p> <p><b>Diagnóstico:</b> Transtorno Mental e comportamental devido ao uso de drogas. F19.7 da CID 10. Conclusão: “... deverá ser submetido a tratamento especializado, que poderá ser feito a nível de CAPS de sua cidade e custodiado por sua família”.</p> <p><b>SENTENÇA – 27/05/2009</b></p> <p>Embora o laudo sugira tratamento no CAPS, juiz decide pela internação.</p> <p><b>Entrada no IPF - 28/11/2006 – Sentença de 3 anos: 27/05/2009.</b> Portanto, já estava no IPF há 2 anos e 6 meses)</p> <p><b>DECISÃO DE DESINTERNAMENTO – 26/07/2011:</b> “devendo apenas continuar em tratamento ambulatorial de apoio por toda a sua existência”.</p> <p><b>IPF – 15/09/2011 – impossibilidade de liberação por falta de familiar.</b></p> | <p><b>MINISTÉRIO PÚBLICO – 01/12/2011:</b> “Ao nosso ver não vislumbramos nenhuma atividade governamental neste Estado no sentido de amparar pacientes que não têm para onde ir, nem familiares que possam custodiá-los (...) opinamos que mesmo permaneça na Penitenciária de Psiquiatria Forense até aparecimento de uma solução, em respeito aos seus direitos sobretudo à sua integridade, bem como seja comunicada à Assistência Social a quem cabe amparar o preso e o internado nos termos do art. 22 da Lei de Execuções Penais”.</p> <p><b>DESPACHO – 02/12/2011 – acionar o governo do estado</b></p> <p><b>LAUDO – 18/12/2012:</b> “recebe visitas de sua esposa constantemente...apoio social íntegro”.</p> <p><b>DEFESA – 15/01/2013 – pede extinção da MS:</b> mas não apresenta saídas.</p> <p><b>CARTÓRIO JUDICIAL – 2016:</b> – não foi possível oficiar o governo do estado. Pergunta ao juiz se ainda é necessário.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 5 – Processo de FAF

| <p><b><u>FAF</u></b></p> <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>FAF é nascido em 1979, contando com 32 anos na data do crime. Natural de Brejo do Cruz, onde foi acusado de cometimento de crime.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 08/02/2012.</b></p> <p>O denunciado teria tentado estuprar, na rua, E., então com 18 anos de idade. A “ofendida” tentou se desgarrar gritando após ele rasgar sua blusa. A cena foi interrompida com o grito de um rapaz que passava pela rua.</p> <p><b>Prisão preventiva – 15/02/2012:</b> “O suposto delito é de alta periculosidade”. Juíza ressalta que o fato de estarem próximos ao carnaval enseja maior risco de, se solto, o sujeito cometer outros crimes de mesma natureza.</p> | <p><b>SENTENÇA – 03/05/2013</b></p> <p>Laudo: é capaz de entender, mas incapaz de autodeterminar-se de acordo com o entendimento. Semi-imputabilidade. “Transtorno mental de comportamento decorrente do uso de drogas + transtorno antissocial” – CID F19+F60.2. Segundo o juiz, “informaram também os experts que, no caso, o tratamento em pauta é feito em penitenciárias...”.</p> <p>Decisão: internação.</p> <p><b>LAUDO – 16/12/2015: primeiro laudo depois de dois anos e meio de internado.</b> Favoráveis à desinternação e retorno ao interior. “orientado e aconselhado a dar seguimento ao seu tratamento ao mesmo tempo abster-se do uso de drogas ilícitas”.</p> <p><b>DECISÃO – 11/01/2016 – pela desinternação.</b></p> <p><b>OFÍCIO IPF - 18/08/2016</b> – declaração da irmã de descumprimento das condições. Um dia depois, é “readmitido na unidade”.</p> | <p><b>DECISÃO – 28/09/2018 – desinternação.</b></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

Quadro 6 – Processo de GGB

| GGB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>GGB é nascido em 1966, contando com 42 anos na data do crime. Natural de Mari, onde foi acusado de cometimento de crime.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 01/04/2009</b></p> <p>“o denunciado, embriagado, mediante tapas e empurrões, agrediu sua companheira (...) o imputado igualmente desferiu tapas em seus filhos menores (...) Não satisfeito com as agressões, passou o imputado a atear fogo no sofá, num colchão (...) O increpado, munido de uma faca, passou a ameaçar C. (...) Não teria sido a primeira vez que o indigitado agrediu A.”</p> <p><b>LAUDO – 12/11/2013:</b> Avaliado na companhia da mãe, “chorando, mas cooperativo”. Aos 14 anos de idade, começa o uso de “etílicos”, que se intensifica, “de forma mais freqüente e imoderada, chegando a ser detido diversas vezes por desordem ou embriaguez”. Duas vezes internado no CPJM. “Nega uso de drogas ilícitas”. Chegou a ir ao CAPS, mas por pouco tempo. Parentes “alcoólatras, nega transtorno mental em seus</p> | <p>familiares”. “Nega abstinência. Ainda na data de hoje, usou bebidas alcoólicas” O exame foi complementado por sua mãe...adiantando que ele bebe diariamente e que já há certa dificuldade em conviver com ele.</p> <p><b>Diagnóstico:</b> Transtorno Mental e de comportamento devido ao uso de álcool – síndrome de dependência grave. F10.2, F19.2 da CID 10. Conclusão: “história típica do quadro de dependência”.</p> <p><b>SENTENÇA – 23/07/2013:</b> “não se aplica a reprimenda, porque falta-lhe o juízo de censura, está ausente a reprovabilidade (...) deverá submeter-se a tratamento ambulatorial, no manicômio judiciário em João Pessoa”. “A internação se justifica em razão de o censurado ser alcoólatra e não ter condições de comparecer nos dias fixados para tratamento ambulatorial, bem como responder a inúmeros processos dessa natureza neste juízo e já ter sido tentado seu tratamento, contudo, sem êxito”</p> | <p><b>LAUDO – 13/02/2015</b> - “Com uso da medicação de apoio e mantido abstêmico obteve sensível melhora”. Aconselham “frequentar o CAPS AD e AA”.</p> <p><b>LAUDO – 27/02/2015 – sugestão de desinternamento.</b></p> <p><b>DECISÃO – 22/02/2016: pela liberação.</b></p> <p>Total de encarceramento: abril/2009 – abril/2016: 07 anos.</p> |

Quadro 7 – Processo de JBS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>JBS</u></b></p> <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>JBS é nascido em 1966, contando com 37 anos na data do crime. Natural de Barra de Santa Rosa. Já havia passado 3 anos no PPF por outro processo. Desinternado em 2002. Segundo IPF: 1ª admissão: 1995; 2ª admissão: 1997; 3ª admissão: 1999; 4ª admissão: 2000; 5ª admissão: 2003; atual admissão: 2004. Ainda segundo IPF, a medida de segurança foi tomada pelas consecutivas reincidências de internamento do aludido apenado, que significa a incompleta remissão da doença de Joao.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 02/04/2003</b></p> <p>Dentro de sua casa, após tentativa de estupro, com a vítima desvencilhada, “no intuito de intimidar a família, matou o cachorro da casa a pauladas, demonstrando imensa crueldade contra animais”. Prisão preventiva.</p> <p><b>SENTENÇA – 12/02/2004:</b> No interrogatório, “o acusado não apresentou conversa lógica”. As testemunhas “foram firmes em dizer que o acusado</p> | <p>sofre das faculdades mentais”. Ressalta que documentos mostram que ele já foi internado no PPF em outro momento.</p> <p><b>LAUDO – 24/05/2006</b> - “Portador de alcoolismo com distúrbio de conduta”. Aconselham “tratamento de apoio junto ao AA de sua localidade a fim de se manter abstêmico”.</p> <p><b>DECISÃO – 16/10/2006 – concede o desinternamento.</b></p> <p><b>DECISÃO – 11/11/2008 – internação provisória no PPF:</b> com base em novo inquérito policial, em Cuité, João teria cometido novos crimes, como entrar armado com machado em residências alheias, causando temor e danos materiais (uma, em 07/09/2008), “inclusive, sua tia... informou não ter o menor controle sobre o doente mental, estando temerosa por sua integridade física e dos moradores na comunidade”.</p> | <p><b>LAUDO - 07/07/2009:</b> Retoma o histórico dos laudos e diagnósticos: 22/11/1995 (“portador de alcoolismo habitual”), 26/09/1997 (“alcoolismo + distúrbios de conduta”), 13/08/2003 (“alcoolismo + distúrbios de conduta”). Nesse período, 1995 a 2008, inúmeras internações, sem melhoria nas relações familiares por conta dos “sérios distúrbios comportamentais dos quais é portador agravado pela ingestão de álcool”. Quadro clínico positivo apesar de “afetivamente frio, embotado”. Conclusão: “extremamente periculoso daí não ter condições de convívio social por não controlar o ímpeto e insaciável sede de embriagar-se. Ao responder ao quesito judicial “sofre de alguma doença mental”, responde “perturbação da saúde mental”, colocando o código CID; afirma ser “irreversível”; incapaz de autodeterminar-se.</p> <p><b>2012 – fuga</b></p> <p><b>2017 – recondução pela polícia militar para o IPF.</b></p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 8 – Processo de JMF

| <p><b>JMF</b></p> <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>JMF é nascido em 1973, contando com 32 anos na data do crime. Natural de Serra Branca.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 04/01/2006</b></p> <p>Ameaça a mãe dentro da casa dela, “sendo aquela constantemente vítima de agressões por parte do denunciado”.</p> <p><b>LAUDO – 30/05/2007:</b> quando morava em SP, “abusava de bebidas alcoólicas e drogas”, e teve acidente com traumatismo craniano. Passou a ter crises convulsivas. “Voltou de São Paulo apresentando transtornos psico-comportamentais”; “revelou mudez durante toda a viagem e por alguns dias em sua terra natal”. Quadro clínico desfavorável e “muitas vezes tem se apresentado turbulento, sobretudo quando ingere bebidas alcoólicas (devido aos medicamentos que toma...)”. Diagnóstico: TP e de Comportamento devido a doença, lesão e disfunção cerebral (CID 10 F 07).</p> | <p>Conclusão: “doença mental irreversível (...) total incapacidade, com agravante ocasionalmente usar bebida alcoólica”.</p> <p><b>LAUDO – 07/10/2008:</b> Narra episódio em que Jose, “após ingerir bebida alcoólica, e sob efeito desta, tentou matar um indivíduo armado de uma faca peixeira”, mas este se escondeu em sua casa. Já consta que “é portador de CID 10 F10.7 (transtorno psicótico residual ou de instalação tardia devido ao uso de álcool”. Com teste projetivo, avaliaram mais a questão cognitiva:</p> <p><b>Diagnóstico:</b> Síndrome Psicoorgânica (CID 10 F06.8). TM grave, “irreversível”. Não cita álcool. Sugere CAPS. Mas, nos quesitos, responde que “sob efeito do álcool, tenderá a exacerbar sintomas pré-existentes”.</p> <p><b>SENTENÇA – 23/10/2008:</b> Admite que, apesar de, pelo crime ser apenado com detenção, ser passível de MS ambulatorial, “o atual estado de saúde do acusado assim não o recomenda, devendo, pois, ser submetido à internação”. E, com equívoco técnico, julga procedente para absolver.</p> | <p><b>LAUDO – 30/05/2012 – sugestão de desinternamento.</b> Sugerem CAPS e manutenção da medicação.</p> <p><b>DECISÃO – 30/08/2012: pela liberação.</b></p> <p><b>OFÍCIO IPF – 30/07/2013 – informa descumprimento de condições.</b></p> <p><b>AUDIÊNCIA – 28/06/2017:</b> José informa que frequenta posto de saúde da cidade onde mora e não sabia adequadamente das condições. Encerrada com o compromisso de ele voltar a cumprir, com apoio familiar.</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 9 – Processo de MFC

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><u>MFC</u></b></p> <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>MFC é nascido em 1979, contando com 29 anos na data do crime. Natural de Alagoinha, foi acusado de cometer crime em Jacaraú.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 5/06/2008</b></p> <p>“Filho, após “bebedeira”, vê o pai desligar o som. Irritado, filho passa a esfaquear-se na perna. Pai – futura vítima – tenta evitar, chamando-lhe atenção com um pedaço de pau. Filho mira o pai e o persegue. Pai, depois de cair, sofre facada e morre a caminho do hospital.</p> <p>Logo após a facada, filho “permaneceu tranquilamente em casa, como se nada, absolutamente nada tivesse acontecido”.</p> <p><b>SENTENÇA – 09/01/2012:</b> Decisão: “sofre de deficiência mental, possivelmente decorrente de anos de uso contínuo de bebidas alcoólicas, que o tornaram incapaz de entender” e determinar-se.</p> | <p>Apesar do laudo indicar semi-imputabilidade, juiz, por si, entende que o réu é inimputável, pois “restou claramente demonstrado que o mesmo padece de perturbação da saúde mental”, já que “o órgão julgador não está adstrito ao laudo”.</p> <p><b>LAUDO – 30/06/2014:</b> “refere uso moderado de álcool”. Nega qualquer transtorno. “diz ser etilista”. Sem debate sobre o quadro clínico e comportamento – que foi adequado.</p> <p><b>Diagnóstico</b> – TM e de Comportamento decorrentes do uso de álcool – atualmente abstinente. F10.0. Definem “alcoolfilia”, e pode ocorrer em “bebedores habituais”. Reconhecem importância “crescente” dos CAPS, bem como AA. “Os alcoolistas pouco esclarecidos serão internados para desabilitação em Clínicas Psiquiátricas, o que não acontece com o caso em discussão, por já ter sido bem orientado nesse período que aqui vem permanecendo, portanto cessada sua periculosidade”.</p> <p><b>DECISÃO – 14/10/2014: pela liberação</b></p> | <p><b>LAUDO – 27/02/2015 – sugestão de desinternamento.</b></p> <p><b>DECISÃO – 22/02/2016: pela liberação.</b></p> <p>Total de encarceramento: abril/2009 – abril/2016: 07 anos.</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Quadro 10 – Processo de DPS

| <p><b><u>DPS</u></b></p> <p><b>HISTÓRICO</b></p> <p>DPS é nascido em 1988, contando com 24 anos na data do crime. Natural de João Pessoa, local do crime.</p> <p><b>DENÚNCIA – crime em 19/05/2012</b></p> <p>Com mais outros rapazes, acusado de furtar bolsas em ônibus. Prisão inicial.</p> <p><b>SENTENÇA – 30/05/2012:</b> Segundo laudo, entendia a ilicitude, mas não se comportava como tal. Diagnóstico de transtorno mental e comportamento decorrente do uso de múltiplas drogas - F 19. Apesar do laudo, declara inimputável. Apesar de punível com reclusão, os peritos dizem que “o acusado não apresenta periculosidade para a sociedade, desde que e abstenha do uso de álcool e drogas ilícitas e dê seguimento ao tratamento”. Então, decide “tratamento ambulatorial” de um ano.</p> <p><b>DENÚNCIA NOVO CRIME - 27/05/2017 –</b> “apresentando ingestão de bebida alcoólica (...) com uma peixeira na mão”, tentou assaltar rapaz, sem êxito.</p> | <p><b>AUDIÊNCIA NA FASE DE CONHECIMENTO – 30/05/2017</b> - “o custodiado informou que faz tratamento psiquiátrico junto ao CAPS e toma remédio controlado”. Com a ciência do flagrante recente em outro processo, e do encaminhamento para presídio comum, o juiz do primeiro crime decide converter para internação no IPF, encaminhando-o, por um ano.</p> <p><b>LAUDO – 27/11/2017</b> - sofreu agressões familiares porque irmão usava drogas: “afirma que ocasionalmente ingere derivados etílicos em festas. Nega uso de drogas ilícitas. Não apresenta sintomas de abstinência e intolerância. Nega prejuízo funcional decorrente do uso de substâncias”.</p> <p>A todo tempo, os peritos focaram existência ou não de conflitos nos âmbitos da vida. “Nega internações psiquiátricas, reforça tratamento ambulatorial”. Aos peritos, teria dito que estava embriagado e não tinha tomado o remédio.</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Quanto à linha de procedimentos, sinalizaremos os mais freqüentes, dado que os casos não são processados exatamente do mesmo modo. Qual categorias, daremos destaque, ainda, às “situações-limite”, como nomeamos, aqui, cenas do processo com efeitos no mundo real que ora tensionam a margem dos marcos regulatórios de garantia dos direitos humanos da pessoa em privação de liberdade; ora perfuram essa borda e produzem espasmos normativos, tratando-se de violações subjacentes – por isso, invisibilizadas – à procedimentalização da vida institucionalizada. Cenas resultantes e organizadoras de um tipo de uso do processo: “cenas de uso do processo”, em analogia às “cenas de uso de crack”, denominação atribuída, desde cerca de 2008, às regiões dos centros urbanos em que se localizam usuários da substância em comportamento de grupo orientado para esse fim. Enfim, cenas que, portanto, necessariamente distanciam as posições hegemônicas judiciais da dimensão da dignidade do sujeito. Isso, porque, depois de chegarmos aos doze casos, sua configuração apresenta-os encimados em pilares de violações de direitos humanos, estacas que cravam o sujeito no processo kafkiano de amarras enosadas em seu favor. Serão apresentadas como freqüentes, todavia, em momento oportuno, individualizadas em cada caso.

Nesse estudo, são as vidas imobilizadas nos processos que vão contar o que as circunda e como, num redemoinho, as ondas discursivas fazem-nas girar no próprio eixo institucionalizante, rodeadas de argumentações e posições de autoridades centrípetas que delimitam a existência dos sujeitos. Contudo, muito embora apresentemos, adiante, síntese de cada processo, não abordaremos os casos – e as situações-limite – a partir da história longitudinal de vida dos sujeitos encarcerados (modo tradicional de a academia estudar processos judiciais). Optamos por transversalizar colocando a lupa sobre as peças judiciais em sua paridade. Seleccionamos as que mais ilustram as situações-limite – não por coincidência, peças protagonistas de um processo criminal –, aglutinamos em conjuntos iguais e aprofundaremos trazendo todos os casos em que as posições institucionais se avolumam num mesmo sentido ou apenas dialogam entre si. Assim, para a **fase do conhecimento** – que tem início nas primeiras apurações do crime e se encerra na sentença judicial ou acórdão de tribunal superior –, temos os conjuntos de sentenças judiciais e de laudos psiquiátricos. Para a **fase de execução** da medida de segurança, criamos os conjuntos de exames de cessação de periculosidade, de pareceres ministeriais, decisões judiciais e laudos psiquiátricos de extinção da medida. Sigamos na corda bamba dos procedimentos processuais, orientada, necessariamente, pelos conjuntos citados, na sequência cronológica que rege o processo.

Diante do cometimento do crime, é instaurado o inquérito policial, durante cujo andamento tem havido a confirmação da prisão em flagrante por meio da decretação da prisão preventiva em unidade prisional comum ou determinação de internação provisória (cautelar) no manicômio judiciário – essa, sugerida em laudo de insanidade mental requisitado judicialmente ainda na fase do inquérito. Contudo, quando nenhuma dessas intervenções é feita durante a fase da investigação policial, tem sido realizada no início do processo criminal propriamente dito, que é disparado a partir do recebimento da denúncia feita pelo Ministério Público. Vamos às situações-limite e suas questões recorrentes.

A **primeira situação-limite**, comum nos processos selecionados, é a ausência de *detrção penal* (art. 42 do Código Penal), subtração do tempo de medida/prisão provisória quando do cumprimento da medida/pena definitiva. Ao passo em que ocorre a prisão em flagrante – na maioria dos casos –, o tempo de prisão ou internação provisória não tem sido admitido para cálculo durante a execução da medida definitiva.

Caso o exame de sanidade não tenha ainda sido realizado, na denúncia, o MP pode requerê-lo, embora o mais comum tenha sido a solicitação por parte da delegacia de polícia (durante o inquérito policial) e da defensoria pública (na defesa preliminar, oportunidade que vem logo após o/a juiz/a receber a denúncia e inaugurar o processo). A chegada de laudos tem ocorrido, frequentemente, após a denúncia do Ministério Público, cujo conteúdo, sem tal embasamento pericial, tem abordado menos o contexto do uso de drogas. À exceção das situações de ERFJ e de MFC, nas quais, mesmo sem laudo, arriscam os promotores a tecer comentários sobre a relação com tais substâncias. No primeiro caso, segundo o membro do Ministério Público, ERFJ, “aproveitando-se da distração da vítima, sacou de uma faca peixeira e desferiu dois golpes contra o ofendido pelas suas costas”, “com a intenção de lhe debelar a vida querendo, ainda, pegar ‘na covardia’”, dado que “a vítima estaria, na sua concepção, perturbando”. E então, o Ministério Público justifica o pedido de prisão preventiva:

o denunciado freqüenta usualmente o Forum Judiciário desta comarca e perambula pelas ruas da urbe, visivelmente transtornado, sob efeito de substâncias inebriantes, a por em estado de pânico a coletividade (processo ERFJ, guia, p. 02).

Genérico, o comentário parece ser lastreado mais nos jargões populares do que no aparato pericial ao qual, ao longo do processo, todos vão se dirigir. Ademais, é composto da

valorização do risco a partir de elementos ilustrativos do medo na cidade na medida em que, segundo a promotora, “acaso seja solto, prosseguirá em sua senda criminosa”. No processo de M., o promotor recorre mais de uma vez ao fato de o sujeito acusado estar bebendo álcool até esfaquear a si e, depois, seu pai.

A seguir, vêm os atos instrutórios, isto é, de produção de provas: ao laudo de sanidade juntam-se o interrogatório do acusado, os depoimentos das testemunhas e as declarações da eventual vítima.

**Quando eles são peritos no assunto.** O exame pericial é, nos casos selecionados, o documento de maior variação em seu conteúdo, ainda que, no campo do quadro clínico, a nomenclatura utilizada seja exaustivamente repetida. Os textos produzidos pelas/os psiquiatras são divididos em três partes: relato sobre o quadro sociofamiliar, econômico e comportamental; quadro clínico com diagnóstico; conclusão com prognóstico.

Vale ressaltar, desde já, o sobressalto precoce e imprecisamente conclusivo na primeira parte e a disparidade entre diagnóstico e prognóstico. Vejamos, no caso de ACMP:

[depois de relatar alguns episódios que revelariam a dependência de álcool, informa que] a razão maior de sua desestruturação foi o uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas. É do nosso conhecimento que a medicação controlada aliada ao uso de álcool desagrega a pessoa até o cometimento de delitos contra si e contra a sociedade (processo de ACMP, guia, p. 03)

Notemos a mescla de causas que confere certa imprecisão sobre o quadro clínico: a causa do comportamento indesejado seria a bebida ou o medicamento em interação com o álcool? O diagnóstico mantém a imprecisão para o fim de apuração criminal do fato: “Dependência de drogas + Episódio depressivo”. Isso porque, se predominar, o comportamento depressivo pode ensejar mitigação do rigor judicial. Concluímos, assim, que a prevalência é a “dependência de drogas”, que acirra a posição psiquiátrica – e, comumente, a resposta judicial - e confere o quadro conclusivo de “transtorno mental (...) levando-o a cometer atos, cujas conseqüências são danosas ao usuário e à sociedade”. Concluem os peritos que deve ser A. encaminhado para CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas) e tratamento ambulatorial para a atenção ao seu quadro depressivo, prognóstico, conforme vemos mais adiante, rejeitado pela juíza.

No caso de FAF, nas apenas seis linhas de escrita biográfica, os psiquiatras apontaram que “o periciando tem antecedentes de uso de álcool e outras drogas, com passagens por esse

Instituto, por uso de álcool e outras drogas”, detendo-se somente no histórico da habitualidade do consumo de drogas, bem como de trajetória institucional, sem trazer à baila a avaliação do sujeito no entorno temporal do crime cometido. Contudo, fecham o diagnóstico de “transtorno mental e comportamental devido ao uso de drogas”, depois, na resposta aos quesitos, detalhado como “transtorno psicótico residual ou de instalações tardia devido ao uso de múltiplas drogas”. Esse laudo exemplifica a **segunda situação-limite** que desejamos abordar oportunamente: não se trata apenas de uma desconexão ou antagonismo entre histórico e diagnóstico ou entre esse e a conclusão/prognóstico, mas sim da ausência de embasamento teórico e fundamentação metodológica sobre o exame realizado. A rigor, nenhum dos processos apresenta laudo que evidencie a modalidade de exame feito, autores ou obras de referência e o protocolo técnico na realização da perícia.

No caso de GGB, os peritos trazem os seguintes apontamentos: aos 14 anos de idade, começa o uso de “etílicos”, que se intensifica, “de forma mais freqüente e imoderada, chegando a ser detido diversas vezes por desordem ou embriaguez”. Com parentes “alcoólatras, nega transtorno mental em seus familiares”, como também “nega [crise de] abstinência. Ainda na data de hoje, usou bebidas alcoólicas”. “O exame foi complementado por sua mãe (...) adiantando que ele bebe diariamente e que já há certa dificuldade em conviver com ele”. E concluem que é uma “história típica do quadro de dependência”, apresentando-se confiantes de que “necessita manter-se em abstinência, definitivamente”. Diagnóstico: “transtorno mental e de comportamento devido ao uso de álcool – síndrome de dependência grave”. Contudo, ao codificarem como F 10.2 e F 19.2, da Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID 10), afirmam tratar-se de dois diagnósticos com síndrome de dependência: um transtorno por uso de álcool e um transtorno por uso de múltiplas drogas, atribuído quando a perícia não identifica outras além do álcool, embora afirme haver consumo. Ocorre que, em nenhum momento, o laudo acenou para outra substância que não o álcool. Encontramos, portanto, a **terceira situação-limite**, mais adiante debatida: a adição, no laudo, das substâncias ilícitas após a fala do sujeito tratar apenas do uso de álcool. Um adensamento, a esmo, do diagnóstico/conclusão e do prognóstico, com a citação de drogas ilegais, ainda que sem menção por parte do examinando. Parece ser um incremento que agrava moralmente, na passagem de uma morbidade (transtorno por uso de álcool) para outra - relacionada a ilegalismos (transtorno por uso de drogas) -, a patologização produzida no processo criminal.

É o que encontramos também no processo de ACMP, em cujo laudo o periciando menciona apenas o histórico consumo de álcool. Contudo, o mesmo documento, na conclusão, informa que a “razão maior de sua desestruturação foi o uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas”, o que é veiculado na sentença, que, por consequência, ratifica: “dependente de drogas”.

No processo de JMF, o psiquiatra anota: “abusava de bebidas alcoólicas e drogas”. Outrora, tivera traumatismo craniano, fato que ganha espaço na seqüência desta avaliação e nas seguintes. Aduz, ainda, que

muitas vezes tem se apresentado turbulento, sobretudo quando ingere bebidas alcoólicas (devido aos medicamentos que toma além de Hidantal, Haldol, Amplictil, Fenegan e por conta de sua patologia é totalmente contra indicado tal procedimento) (processo de JMF, laudo, p. 02)

Vimos que a decisão judicial não valorizou a conclusão avaliativa segundo a qual o

paciente devido ao T. C. E. (Traumatismo Crânio - Encefálico), apresenta transtornos psiquiátrico (sic), acima exarados, em decorrência da doença mental, irreversível, acima diagnóstica que lhe causa total incapacidade, com agravante de ocasionalmente usar bebidas alcoólicas, para gerir sua vida, sua pessoa e administrar seus bens (ibidem, p. 02)

Alguns exames, que entremeiam as provas iniciais, ainda apresentam uma quarta parte: os quesitos e suas respostas. São sete os quesitos-padrão, repetidos, literalmente, em todos os casos:

1. O (a) ré (u) é portador (a) de doença mental?
2. O (a) ré (u) sofre de desenvolvimento mental incompleto ou retardado?
3. Em caso afirmativo aos quesitos anteriores, qual o distúrbio psíquico de que padece o (a) ré (u) (mencionar o CID)?
4. Na época do fato, em razão de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era o réu inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?
5. Na época do fato, o (a) ré (u) sofria de perturbação da saúde mental ou possuía desenvolvimento mental incompleto ou retardado?
6. Em caso afirmativo, qual era a doença (mencionar o CID)?
7. Na época do fato, em razão da perturbação da sua saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, o réu não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

Ao longo desse estudo, é primoroso debater a quesitação, sua função no exame, alcance e limites, levando-se em conta, ainda, o aspecto arcaico de seu texto.

Voltando à linha cronológica do processo, após o laudo pericial, os atos são orientados por manifestações da acusação e da defesa, tendo essa um protagonismo menor que os demais atores. A rigor, nos processos eletrônicos, a compilação da parte originariamente física – que é justamente a fase de apuração do crime – não incluiu as peças da defesa do acusado, tanto a defesa preliminar quanto as alegações finais.

Antes de proferida a sentença judicial, a qualquer momento, a defesa pode pleitear a inocência perante a autoria ou a amenização dos itens que qualificam o delito (circunstâncias, agravantes e causas de aumento de pena). Todavia, não identificamos nenhuma das duas posições. Pelo contrário, em todos os processos, a postura da defesa técnica foi de confirmação da autoria sob o argumento de que o sujeito estava em prejudicada condição cognitiva e/ou volitiva durante o crime. Em suma: *meu cliente é usuário de drogas; meu cliente já está em tratamento psiquiátrico*, entre outras falas.

Quando já proferida a sentença judicial, cabe recurso ao Tribunal de Justiça. Porém, verificamos que em apenas um dos casos a defesa tomou essa iniciativa. Ainda na sentença, é citada a posição da defesa, realizada, em praticamente todos os casos que estudamos, pela Defensoria Pública: solicitou, na maioria das vezes, o exame de insanidade mental; manifestou sempre de acordo com o diagnóstico; posicionou-se em favor da determinação da medida de segurança; obviamente, não apresentou recurso contrário à sentença. Já o MP variou sua posição entre a providência manicomial e a pena de prisão. Conhecemos, então, a **quarta situação-limite**.

**Quando a sentença faz a cabeça.** Peça chave no tabuleiro judicial, a sentença é a decisão terminativa de primeira instância, nível no qual, em regra, não cabem mais debates.

A sentença judicial em que se determina o cumprimento de medida de segurança é adjetivada como de “absolvição imprópria”, uma vez que, peculiarmente, embora a ausência de culpabilidade impeça a condenação (por isso, absolvição), persiste a reprimenda estatal (todavia, imprópria), na qualidade de tratamento psiquiátrico em âmbito ambulatorial ou em regime de privação de liberdade. É modelar a sentença que se divide em três partes: relatório do até então apurado; decisão argumentada; dosimetria da pena ou fundamentação da medida

de segurança. Todas as encontradas nessa pesquisa costumam ser padronizadas. Nela, a/o magistrada/o considera também as provas periciais, atribuindo mais, menos ou nenhum valor aos laudos, dado que a eles não está adstrito – o que sinaliza um ponto de conflito na cooperação histórico-política entre o direito e a psiquiatria. **Quinta situação-limite.** Talvez, aí, encontremos um *acontecimento*, uma dilação no *frame* da película em reprodução.

Da situação de GGB, acusado de ter ateado fogo na mobília de sua casa depois de ter agredido esposa e filhos, trazemos o seguinte excerto:

A internação se justifica em razão de o censurado ser alcoólatra e não ter condições de comparecer nos dias fixados para tratamento ambulatorial, bem como responder a inúmeros processos dessa natureza neste juízo e já ter sido tentado seu tratamento, contudo, sem êxito (processo de GGB, guia, p. 10).

Cumpre acrescentar que o laudo pericial informa que o GGB “deverá ser submetido a tratamento especializado, que poderá ser feito a nível de CAPS de sua cidade e custodiado por sua família” (ibidem, p. 06). Contudo, não é esse o caminho preferido pela juíza, pois, dado que o “denunciado é portador de doença mental”, e “falta-lhe o juízo de censura, está ausente a reprovabilidade” (ibidem, p. 10), aduziu terem sido realizadas outras tentativas de tratamento mais brando, mas, segundo ela, fracassadas. A despeito de não ter a magistrada relatado como se deram as investidas anteriores – e se tal informação não consta dos autos, em tese, não se pode utilizar como prova -, estamos diante de mais um momento de disparidade entre posições jurídica e psiquiátrica.

Na situação de MFC, acusado de, após ter se auto-lesionado com faca, corrido atrás do pai e o esfaqueado de modo letal, o juiz opinou que é “portador de doença”, “sofre de deficiência mental, possivelmente decorrente de anos de uso contínuo de bebidas alcoólicas, que o tornaram incapaz de entender”. Ao afirmar haver uma “possibilidade”, usa da imprecisão para contemplar qualquer dos resultados – que o uso resultou ou não resultou na “deficiência”. Atribui, assim, duas conseqüências da habitualidade com bebidas: deficiência mental e incapacidade intelectual. E perfila de modo contundente a divergência acima apontada: apesar de o laudo indicar semi-imputabilidade, o juiz, por si, entende que o réu é inimputável, eis que “restou claramente demonstrado que o mesmo padece de perturbação da saúde mental”, “pois não tem consciência da ilicitude de suas condutas e as conseqüências advindas das mesmas”.

ACMP teria, no interior do fórum, tentado roubar a arma de uma policial e, depois de agredi-la, danificado veículos estacionados. Em seu processo, o laudo informou a semi-imputabilidade – pela condição de entender a ilicitude dos atos, mas não conseguir determinar-se de acordo com o entendimento (o que seria denominado de incapacidade volitiva) -, diante do que sugeriu atenção no CAPSad e tratamento ambulatorial. Contudo, discorreu a juíza:

A periculosidade do réu é patente e, embora os crimes sejam punidos com penas de detenção, os elementos médicos colhidos no exame de insanidade mental revelam satisfatoriamente a necessidade de internação como medida de segurança imperativa e adequada à segurança social e ao fim curativo almejado (processo de ACMP, guia, p. 10).

Semelhante é a situação de FMF, que, acusado de ter esfaqueado a esposa, obteve laudo favorável ao tratamento comunitário, indicação negligenciada pela juíza, que determinou internação.

Do mesmo modo, o laudo não apresenta texto com força suficiente para favorecer o cuidado em liberdade de JMF. Embora – e talvez porque - o psiquiatra não indique o tratamento adequado para seu peculiar quadro de transtorno mental e de comportamento em razão de lesão cerebral, a despeito de a própria juíza reconhecer tratar-se de crime apenado com detenção, “observando-se que o atual estado de saúde do acusado assim não o recomenda, devendo (sic), pois, ser submetido à internação” (processo de JMF, guia, p. 09).

No caso de FW, em todos os 07 processos que contra si tramitam, de cujas sentenças resultaram 03 medidas de segurança, constatamos reiterados qualificativos que consolidam o comportamento do sujeito no interior do sistema de justiça:

não é inimputável, mas tem a culpabilidade diminuída pelo fato de a dependência no uso de drogas ter lhe retirado a capacidade de autodeterminação (...) **Personalidade** – se mostra voltada à prática de delitos estando deturpada pelo vício em drogas. **Conduta social** – tenho-a como irregular. **Motivo do crime** – suprir o vício no uso de drogas (processo de FW, 2013, guia, p. 10).

Nesses mesmos autos, o juiz destila que FW “flagrantemente, apresenta um quadro de dependência química, evidenciado pelo uso contumaz de entorpecentes”. Ao historicizar cada incidente instaurado, explica que é referente a cada fato isolado. E, recorrendo à versão pericial de que, ao tempo do fato, era capaz, “mesmo sendo usuário de drogas desde o início

de sua adolescência”, reconheceu sua imputabilidade. A despeito das dúvidas sobre a sanidade, foi instaurado o procedimento. Explana que foram recorridas equipes de saúde mental da cidade. Exemplifica que, pela Clínica Dr. Maia, foi dada alta sob a explicação de que “não exibia sinais de intoxicação química”.

Ao reverso, porém, na dosimetria da pena para posse de psicoativos ilícitos, deixa de aplicar pena “devido ao fato de esse comportamento estar associado ao uso contumaz de entorpecentes, caracterizada como uma verdadeira patologia” (ibidem, p. 10).

São essas decisões que abrem as portas da execução da medida, cujos documentos, como já anunciamos, comporão o acervo sobre o qual nos debruçaremos para a análise das forças discursivas presentes no sistema de justiça criminal na interface com o uso de drogas.

O cumprimento da medida de segurança prevê um tempo mínimo de internação entre um e três anos, nos termos do art. 97, § 1º do Código Penal, período dentro o qual o/a juiz/a deve determinar a realização de exame de cessação de periculosidade. Em alguns processos, não houve determinação temporal, razão pela qual segue a regra do aguardo de três anos. Nos casos selecionados, fora praxe a realização do mencionado exame tão logo se alcance o tempo determinado. Contudo, as decisões de liberação – *desinternamento condicional* – não foram realizadas imediatamente, chegando a atrasar um ano.

Uma vez favorável à liberdade do sujeito, o laudo traz apontamentos típicos - noutra oportunidade pormenorizados -, como a situação familiar, o relacionamento na instituição e o quadro clínico-comportamental. Mesmo confirmando o diagnóstico anterior, atesta, pelo comportamento do sujeito, que a periculosidade cessou, fazendo entender que os peritos se debruçam não sobre a patologia, mas sobre o comportamento do internado.

A informação do laudo, sustentada pela defesa, é traduzida pelo/a promotor/a e juiz/a como possibilidade de desinternamento condicional. A decisão judicial se dá em texto que destina metade de seu espaço à apresentação integral do parecer do MP, reservando-se, em regra, apenas duas linhas para a argumentação da defesa. E finaliza sempre determinando que deve o sujeito “continuar em tratamento ambulatorial de apoio por toda sua existência”.

Uma vez proferida tal decisão, seus efeitos (liberação) decorrem da realização, a seguir, de “audiência de advertência”, condicionada à presença de familiar do interno e dirigida por breve leitura de condutas proibidas e obrigatórias - ao nosso ver, de cunho moral - ao desinternado e família.

Depois de um ano, período comumente determinado para a liberação condicional, pede-se novo laudo, que, se favorável ao sujeito, confirmará que está em tratamento comunitário e sua periculosidade, cessada, podendo, assim, ser “extinta” a medida de segurança.

Nesse capítulo, esmiuçamos apenas os conjuntos de peças da fase de conhecimento. Com isso, é possível prever como se desdobrarão os conjuntos oriundos da fase de execução, objeto do próximo capítulo. Apesar de haver importante diversidade de cenários/posições institucionais durante o cumprimento da medida de segurança, desde já, adiantamos que, conforme já ilustrado no quadro acima, a co-responsabilização familiar como condição para o interno ser desencarcerado aponta para a **sexta situação-limite**.

#### 5.4 - Processos viciados – como e o que analisar?

A apresentação de alguns trechos dos processos permitiu conhecer os trilhos pelos quais transitam os carris judiciais e as respectivas forças institucionais que operam essa engrenagem de muitos presos por menos tempo. Isso mesmo. De fato, algo que parece contrastar com a história dos manicômios é um certo encurtamento das internações no manicômio judiciário atual. O período de cárcere nessa instituição tem sido em média de quatro anos e três meses, intervalo inimaginável por todas as décadas de existência das medidas de segurança. De acordo com o Censo Nacional de 2011 (DINIZ, 2013), a média de tempo de internação no IPF era de cinco anos. Em razão da falta de monitoramento oficial, não se sabe qual o tempo médio das internações em hospitais psiquiátricos e gerais no Brasil. Contudo, durante a experiência profissional desse pesquisador, foi comum encontrar relatos de que há uma diminuição desse tempo, justamente em razão do perfil dos internos: o histórico quadro de transtornos mentais severos tem dividido espaço cada vez maior com os quadros agudos por uso de drogas. No caso do hospital geral, é evidente a resposta reformista por meio da nova compreensão segundo a qual a internação não deve ser de longa permanência, mas breve, com o fim específico de, tão-somente, estabilizar o quadro do sujeito em crise. Já não é bem essa a perspectiva no hospital psiquiátrico, em que antigas práticas de asilamento e negação de outros direitos ainda redundam em moradia hospitalar; mas convivem com práticas mais novas, responsáveis por ver no melhor custeio financeiro possível o motivo para priorizar a brevidade das internações. Qual a perspectiva do manicômio judiciário, então?

Bem, diferente dos hospitais gerais e psiquiátricos, pelo fato de se tratar de estabelecimento penal, no manicômio judiciário não é o corpo clínico que define o tempo da internação ou a interrompe imediatamente à verificação da desnecessidade da clausura. Mesmo nos laudos que se posicionam favoravelmente à internação não encontramos nenhuma sugestão de tempo adequado à “cessação da periculosidade”. Ao caber ao/à juiz/a a definição, entre outros detalhes da internação, do próprio tempo mínimo de cumprimento, foge-se a dois preceitos fundamentais: (1) a noção do cuidado atemporal<sup>36</sup>, sob cujo manto não deve haver relógio ou calendário, dado que a atenção à saúde é incompatível com prazo, que, este, deve ser apenas uma bússola; (2) a atuação decisiva judicial confronta o ato clínico, legitimado a realizar as regulações, no âmbito da saúde, para o estabelecimento específico conforme a estratégia demandada. Entendemos que a questão temporal das internações compõe enunciados que interrompem processos políticos, abrem espaços entre distintas gramaturas, provocam discontinuidades nos delineamentos históricos da psiquiatria e do direito. Esse mundo psi-jurídico é a atmosfera sob a qual pairam os enunciados que mobilizam formações discursivas tal qual placas tectônicas tentam – sem sucesso – se acomodar nas franjas da superfície, eis que, nas profundezas, rangem sua aspereza atritando com o entorno e seus contornos. A questão temporal, por fim, une pontas soltas, enosando mas sempre deixando novas pontas soltas. Ela é, em outras palavras, a síntese das recorrências temáticas desse estudo, pois atravessa qualquer e todas elas.

A dimensão do tempo no processo de execução da medida de segurança dispersa, concentra e faz flutuar posições institucionais que ora se enlaçam, ora se esticam em lugares opostos, paralelos ou diametrais. Trata-se de uma dimensão que diz respeito a todas as situações-limite apontadas anteriormente, muito embora emergja sobremaneira na primeira delas, qual seja a detração penal. Mas, mais do que esse suspiro de concretude, é uma dimensão que aparece em todas as demais situações-limite em razão da dinâmica como se comportam as forças judiciais, que pegam carona na linearidade do processo para fingir-se retilíneas, vetoriais, disfarçando suas curvaturas e parábolas. É a dimensão que orienta o andamento das recorrências temáticas, pois provoca as fissuras nas relações entre as forças que compõem o contexto discursivo das drogas na interface com a medida de segurança de internação. É a dimensão que comporta as relações entre o direito e a psiquiatria, saberes hegemônicos nos processos e na vida do sujeito institucionalizado. Pois é no tempo que se

---

<sup>36</sup> A questão do tempo indeterminado da medida de segurança se sustenta em um dobramento penal-psiquiátrico de antagonismo: para a saúde, não faz sentido determinar, previamente, o termo final da internação; para o direito penal, é essencial a demarcação, como direito do sujeito frente às arbitrariedades do Estado.

inscrevem as posições de dominação e de conflito. É no tempo que se orientam as forças em choque e ruptura, bem como as formações discursivas que se consubstanciam com o propósito de fazer circular atos de fala e enunciados. É no tempo que se o interrompe! E o tempo é tanto o derradeiro bem furtado do preso quanto a última coisa ele que consegue carregar consigo.

Conforme traz o Censo Nacional de 2011 (DINIZ, 2013), 18 indivíduos (0,5%) foram encontrados já com mais de trinta anos de internação no manicômio judiciário. Se, por ser baixo, o dado não assusta, chama atenção o que informa haver também 606 sujeitos (21%) internados há mais tempo do que a pena máxima prevista para o crime.

É o tempo regulador da garantia de direitos humanos no (redundante) manicômio prisional; o tempo-chave torna a energia cinética algo potencialmente mecânico<sup>37</sup>. O giro do tempo em torno dos corpos os gasta pelas arestas, mas também envelhece-os extraindo toda a energia possível, como é próprio de sistemas de direitos humanos utilizados para violá-los, conforme propõe Lucas Oliveira (2016), em pesquisa sobre os discursos médico-jurídicos no entorno das drogas no Brasil. O autor é assertivo ao anotar que, uma vez “latente a flexibilidade da categoria ‘direitos humanos’, há o fato de que funciona muitas vezes como fundamento científico para a violação de direitos humanos” (p. 31). Efeito imediato, a violação produz um campo de subjetividades organizadas em torno do silêncio que ressoa a violação perpetrada, respingando espinhosos perdigotos na realidade social em que outros direitos também ficam estacionados, represados nas bordas. Seguimos inspirados na reflexão de Lucas Oliveira (2016), que expõe:

Desta forma, ignorando a autonomia dos usuários ou a humanidade daquele que participa do mercado ilícito de drogas, seja em qual posição estiver ocupando nesse mercado, edificou-se, sob a face do proibicionismo, a atual política de drogas através do silenciamento de questões relativas à eficácia real dos direitos fundamentais (p. 31).

A cortina de fumaça anuvia a visão perante o sacrifício não mais espetacular, mas, ainda que de um *homo sacer* (AGAMBEN, 2002), imiscuído nos pontos cegos do tratamento estatal de massa dos segmentos em vulnerabilidades diversas. Torna-se duvidosa a garantia do restante da tessitura de direitos de dignidade humana, cuja plataforma sofre fissuras e

---

<sup>37</sup> Ousamos brincar com os termos que, pelas leis da física, assumem significados opostos: energia cinética é aquela que um corpo adquire quando está em movimento no espaço, calculada com base na massa e na velocidade. Energia potencial é aquela que o corpo armazena em função de determinada distância de outro. Energia mecânica é o sistema que soma ambas energias; sem eventual dissipação com o corpo em movimento, ambas energias trocam joules em igual quantidade do começo ao fim, fenômeno que ajuda a entender as teorias da conservação da energia. Trata-se de algo analogamente muito próprio do sistema manicomial, que, num efeito entrópico, assimila toda a energia dos corpos que abriga e a conserva, atômicamente.

tremores constantes. Essa situação se excepciona ainda mais ao tratarmos do estabelecimento manicômio judiciário, que, análogo a um campo de concentração, tem a finalidade de, enquanto prepara para a morte, manter a vida suspensa.

A história do manicômio judiciário é de exclusão e abandono social a partir do apartamento entre o sujeito interno e o mundo de fora, divisão que constitui o modelo institucional e justifica inclusive as ações de refazimento do interno na condição de sujeito em tratamento: longe de tudo e de todos, sucumbe e renasce na forma psiquiátrica. É o que também podemos compreender da leitura sobre soberania e estado de exceção, em referência a Agamben (2002):

em um processo de validação pela exclusão, o soberano é autorizado por lei a dela se excluir para aplicar, quando necessária, sua suspensão. Sendo assim, é evidente que nela se inclui a todo tempo. Logo, passo a passo, observamos que o soberano está dentro e fora da lei. Soberanos, portanto, são todos os corpos sociais responsáveis, em algum momento, pela tomada de decisão, poder especialmente notável quando da suspensão da norma para reintegração excludente da “vida nua”. Vida nua é a vida matável, desnudada de proteções que revelam dignidade. Constitui-se nos atos includentes/excludentes do soberano. Esta inclusão é delineada pelo intangível, porém presente, “estado de exceção”, momento em que nada é certo a não ser a incerteza legítima da norma e de sua operação (ASSIS, 2012).

Para fins didáticos tanto em favor do leitor quanto, principalmente, de quem realiza essa pesquisa, resolvemos fazer algumas agregações temáticas, significando algumas repetições nos processos. Obviamente, como ocorre em muitas organizações didáticas de determinado conteúdo, não se trata de uma abordagem teleológica, sob pena de se fraturarem os processos de conexão entre os conceitos e as sinapses do raciocínio. Trata-se de esquemas que facilitam manter-nos pedestres na superfície das águas nas quais, desatando-nos do roteiro, então, podemos mergulhar. Talvez sejam mesmo mais estratégias imagéticas do que propriamente verbais.

Dividimos as seis situações-limite entre as fases do conhecimento e de execução. Desse modo é que reiteramos a importância de se ampliar o espectro do nosso estudo, indo para além da sentença judicial, mas também para suas consequências na execução e as performances que veiculam sua fala – confrontando-a ou convergindo - e os enunciados no entorno.

A seguir, nossa análise será orientada não por temas recorrentes, a despeito de ser o mais comum nos estudos que desenvolvem análise do discurso. Vamos nos orientar por **questões recorrentes**, perguntas que somos instigados a fazer, reiteradamente, ao longo do estudo dos processos, à luz das situações-limite, expressão atribuída às categorias temáticas

que organizam a análise de modo mais amplo. Cada situação-limite nos fará observar os processos sob distintos olhares, razão pela qual, advertimos, entraremos mais de uma vez no mesmo processo. Ou seja, não faremos um estudo longitudinal de casos, orientado pela cronologia do processamento da vida de cada sujeito. A orientação será a partir da situação-limite propriamente.

A *não garantia do direito à detração penal*, própria da fase de execução, é a primeira encontrada a partir da leitura dos doze processos aos quais são submetidos dez sujeitos. Sob essa situação, a questão recorrente, ou seja, que fazemos em toda defrontação com o problema da negação desse direito, é: *por que o tempo cumprido é mais cumprido?*

A segunda situação-limite desvela-se tanto na fase de conhecimento como de execução, pois se trata da *ausência de fundamentação teórica e metodológica nos laudos psiquiátricos* proferidos durante os procedimentos de apuração do delito e de cumprimento da medida de internação. Relativo à situação, forja-se a questão, recorrentemente: *de onde vem, onde estão e para onde vão os laudos?*

Terceira situação-limite, encontrada na fase do conhecimento, *a adição, pelos peritos, de outras drogas a partir do enquadre do uso do álcool* aciona outros campos de debate, entre clínico e jurídico, que produzem um afastamento do contexto de vida do sujeito periciando. É como se outras drogas pegassem carona no álcool. Ou: como se os psiquiatras pegassem carona na apuração criminal. Em razão disso, emerge a questão recorrente: *seria a criminalização do álcool a porta de entrada para a criminalização das outras drogas?*

A seguinte situação-limite, própria da fase do conhecimento, refere-se à *posição da defesa consonante com o itinerário institucional de segurança*. Nesse campo de discussão, orientamo-nos, reiteradamente, pela seguinte questão: *como defender-se dos defensores?*

Quinta situação-limite, a *divergência entre direito e psiquiatria* foi verificada em vários processos, em diversos momentos. Perfaz também uma situação-síntese, pois abriga as condições históricas para o desenvolvimento das técnicas de poder no entorno da criminalização da loucura e manicomialização do delito. No caso desse estudo, destacamos o entorpecimento da razão no trato do crime. Aparece aí a questão da periculosidade, confrontada pela questão de Diniz (2013), durante o Censo, a nos guiar nesse estudo:

arrisco anunciar o que considero o resultado mais importante do censo: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos. O diagnóstico psiquiátrico não é determinante para a infração penal cometida pelo louco (p. 15).

Presente nas duas fases processuais, a situação-limite desdobra-se em algumas questões recorrentes: *Seria a droga um elemento de discórdia no histórico casamento entre psiquiatria e direito? Estaria a justiça criminal em um quadro de cronificação? Nos jogos perigosos, seriam juiz e psiquiatra capazes de entender o crime e comportar-se de acordo com seu entendimento? Quem é perigoso: o juiz, o médico ou o louco?*

Última, a situação-limite da *responsabilização da família na condição de egresso* surgiu ao final de cada processo, quando já em vias de extinção da medida de segurança. Dentre as determinações restritivas moralistas da Vara Judicial, perdura a que informa estarem responsáveis, dali em diante, os parentes presentes na audiência de advertência para desinternamento condicional. Entre os efeitos, encontramos um processo em que o sujeito, já recebida a decisão de desinternação, permanece encarcerado porque seus familiares não aparecem; a juíza ordena oficiar ao governo do estado para resolução; o cartório, depois de cinco anos, pergunta à juíza se ainda é necessário oficiar, pois não tivera tempo de fazê-lo. Co-responsabilidade ou responsabilidade estendida que propõe, recorrentemente, a seguinte questão: *por que o crime vai além da pessoa do criminoso? E por que se paga pela ausência do outro?*

O itinerário institucional da segurança conduz as forças que determinam as situações-limite e, ao mesmo tempo, respondem, ainda que erraticamente, às questões recorrentes. O processo de reflexão sobre as questões recorrentes encontra na análise do discurso o fluido adequado para a compreensão do contexto judiciário no trato das drogas como fator fundamental para a prisionalização manicomial.

## 5.5 – “Mentiras sinceras me interessam”: a droga dos processos<sup>38</sup>

O jogo de palavras vai começar. Não apenas de palavras, senão de pensamentos, corrente elétrica que telegrafa os discursos em análise. Dentre as palavras e pensamentos, tudo o mais que seja propriamente discursivo: elementos enunciados sobre o que é e o que não é incluído, a conformação do sujeito, a circularidade do poder, a norma e a verdade; elementos repartidos e dispersos que se organizam em determinada formação discursiva. Do sujeito o lugar não é parado, de fala individual, mas sim da dispersão e descontinuidade, já que “o sujeito da linguagem não é um sujeito em si, idealizado, essencial, origem inarredável do

---

<sup>38</sup> Verso da música Maior Abandonado, autoria de Cazuza. Album homônimo (CAZUZA, 1984).

sentido: ele é ao mesmo tempo falante e falado, porque através dele outros ditos se dizem” (FISHER, p. 207).

Ainda que o homem seja inconcebível fora das relações sociais, sua fala não pode mais ser considerada única, originária do sujeito consciente e político. Por suas diversas outras falas perpassam e nela pegam carona, impulsionando-a, tornando-a, assim, a fala de tantos, “na qual fica entendido que há inúmeras vozes falando num mesmo discurso, seja porque o destinatário está ali também presente, seja porque aquele discurso está referido a muitos outros” (ibidem). Essa também foi a forma de se encontrar o Outro no interior do discurso.

Daí, a pergunta “quem fala?” não serve mais, pois substituída por outras como “qual o status do enunciador?” – *juíza, promotor, defensor, Instituto de Psiquiatria Forense, perito...*; “Qual a sua competência?” - *avaliar, julgar, orientar, tratar...*; “Em que campo de saber se insere?” – *jurídico, médico...*; “Qual seu lugar institucional? Como seu papel se constitui juridicamente? Como se relaciona hierarquicamente com outros poderes além do seu? Como é realizada sua relação com outros indivíduos no espaço ocupado por ele?” (ibidem, p. 208).

Objetos vivos, os discursos são mutantes. Em adaptação ao exercício proposto por Fisher, apresentamos nosso quadro tridimensional de questões em clima discursivo: quais enunciados foram registrados sob o cruzamento *drogas no manicômio judiciário*, desde que foi criado? A partir de quais posições e de que lugares se falava em *drogas no manicômio judiciário*, desde as primeiras décadas do século? Quais os momentos de transformação do discurso que se ocupa do *infrator toxicômano*, desde aquele tempo até nossos dias? Que dizem os textos, tão ocupados com *drogas no manicômio judiciário*? Que rupturas instauram? Que efeitos esse discurso vem operando sobre os corpos, especialmente nos nossos dias, em que não só os *infratores usuários de drogas*, mas amplas faixas da população são submetidas ao discurso do *não às drogas*, como se as *drogas e as prisões* já não fossem  *fatos da vida*, mas processos totalmente controláveis e até mesmo indesejáveis?

Para além da palavra temos os lugares de fala, momento, aberturas, rupturas, intervalos, descontinuidades e pendores que conduzem nossa análise e, ao mesmo tempo, produzem os significados que encontramos pela frente. Como trata Milton Nascimento (1990) em *A terceira margem do rio*, “casa da palavra, onde o silêncio mora; hora da palavra, quando não se diz nada; fora da palavra, quando mais dentro aflora”, essa margem roseana do rio, terceira, além, aquém, de fora e em volta, pode ser uma dimensão discursiva que tanto nos

interessa nesse estudo. Mas, é com Milton que também vemos como são as “margens da palavra, clareira, luz madura”, loucura pela qual seguimos desde a palavra.

#### 5.5.5.1. Situação-limite 01: Não garantia do direito à detração penal.

- **Questão recorrente:** Por que o tempo cumprido é mais cumprido?

De matriz filosófica, o tempo presente é ficção de um tempo histórico construída para a convivência humana. A rigor, não há tempo presente, o que não se nega aos outros tempos, passado e futuro. Essa vontade de verdade obedece tão somente a um princípio lógico e físico: o que é o presente exatamente agora? Quanto dura? Para definir precisamos de alguma unidade de medida que nos ajude a mensurar o tempo no próprio tempo. Ou, em outras palavras, poder nomeá-lo de outro modo que não dizendo, tautologicamente, que o tempo é a passagem do tempo das coisas – algo mais newtoniano impossível! Bem, do ponto de vista físico, adotemos a unidade de medida *hora*: a hora em que estamos agora pode ser considerada *o presente*? Se sim, precisaremos ter certeza de que não há possibilidade de fracionamento que gere um antes e um depois. Mas há! Logo, alguns minutos *antes* do agora, dentro da mesma hora, podem ser considerados passado? E os minutos *seguintes* no mesmo período podem ser o futuro? Pois bem, se sim, então, qual o exato contorno temporal que nos dá precisão de que determinado período é exclusivamente o presente? Dividamos infinitamente a hora – e as leis da física nos permitem em cálculos – e continuaremos tendo os brevíssimos intervalos anterior e posterior ao ponto demarcado. O  $\Delta t$  (delta t, intervalo de tempo) pode ser medido em enésimas frações do minuto, e cada fragmento, ainda assim, constituirá um  $\Delta t$ . Logo, ou o presente sempre andarás com o passado e o futuro em si mesmo, ou, do contrário, o presente não existe porque qualquer ponto no tempo já é passado ou será futuro.

Algo bergsoniano nos acompanha nessa análise sobre o tempo e seu papel na vida humana. Entre consciências, memórias, matérias e representações, Henri Bergson (1999) enxerga, em sua elogiável filosofia intuitiva, tamanha condensação entre os tempos passado e futuro que torna o presente apenas memória seletiva do pretérito:

Quando pensamos esse presente como devendo ser, ele ainda não é; e, quando o pensamos como existindo, ele já passou. Se, ao contrário, você considerar o presente concreto e realmente vivido pela consciência, pode-se afirmar que esse presente consiste em grande parte no passado imediato. Na fração de segundo que dura a mais breve percepção possível de luz, trilhões de vibrações tiveram lugar, sendo que a primeira está separada da última por um intervalo enormemente dividido. A sua percepção, por mais instantânea, consiste portanto numa incalculável quantidade de elementos rememorados, e, para falar a verdade, toda percepção é já memória. *Nós só percebemos, praticamente, o passado*, o presente puro sendo o inapreensível avanço do passado a roer o futuro (p. 175).

Em alusão a Santo Agostinho, a criminóloga argentina Ana Messuti, em seu marcante estudo *O tempo como pena* (2003), retoma que

a pena antes de começar é pura expectativa, pois à medida que transcorre vai passando à memória, o presente da pena sendo só uma passagem do que se espera para o que se recorda. Como a pena é lesão, todo o ser procurará rechaçá-la, e para isso lhe resta a memória ou a espera (p. 45).

Dentre as dez pessoas cujos processos foram estudados, de nove podemos contabilizar o tempo de institucionalização relacionado à medida de segurança recebida. A outra pessoa recebera determinações alternadas de medida, liberação, prisão, medida, ... – em processos distintos cujos tempos também restaram interrompidos ou sobrepostos. Vamos aos das nove.

**Da internação que durara um ano à que completou doze anos** – período interrompido pelo fim de nossa contagem, em dezembro de 2018 -, calculamos que **cada pessoa passou internada, em média, quatro anos e três meses**, período maior que o legalmente compreendido como tempo limite (três anos) para realização do primeiro exame de cessação de periculosidade.

Contudo, **cinco pessoas estiveram encarceradas por tempo maior do que sua medida de segurança**, pois foram submetidas, antes, à prisão preventiva ou internação provisória. Cada uma delas ficou presa, **em média, sete anos e cinco meses**. A pessoa que mais tempo esteve no cárcere ainda pode estar, pois, somando-se tempo de unidade prisional comum com o de hospital de custódia, ao encerrarmos nosso período de levantamento de dados, contava com exatos quatorze anos aprisionada. Como vimos no Censo 2011 (DINIZ, 2013), dentre os vários disparates e estranhezas típicas da medida de segurança, os distintos tempos são a soma de outros tempos: de espera, de provisória, de definitiva, de prisão comum, de pena, de medida convertida, de retorno por suspensão do desinternamento condicional. Ou seja, tempos do passado e do futuro, nunca do presente. Essa soma de tempos

não está nos cálculos da justiça, que opera *anti-bergsonianamente* ao insistir na afirmação inventiva de um presente que só reside na perspectiva de seus operadores.

Definitivamente, a omissão dos números se inicia com o início do próprio itinerário institucional: a prisão temporária comum ou internação provisória não é computada para fim de subtração de tempo da medida definitiva, manejo numérico que constitui direito de qualquer pessoa presa no Brasil ou no estrangeiro, denominado detração penal.

A detração penal segue previsão no art. 42 do Código Penal, que informa a obrigatoriedade judicial – pois direito da pessoa presa – de ser subtraído o tempo encarcerado antes da sentença. Segundo o Código de Processo Penal, que estabelece os procedimentos de aplicação da lei penal no sistema de justiça, até 2012, caberia apenas ao/à juiz/a da execução penal realizar o cálculo de subtração. Mas, após esse ano, modificação no atual art. 387, §2º beneficia ainda mais a pessoa presa, pois determina que o dever cabe já ao/à juiz/a que impõe a medida de segurança.

Uma vez que a sentença judicial é um dos documentos de nosso estudo, pudemos verificar a completa ausência de menção ao direito. Diante disso, restaria ao/á advogado/a da pessoa acusada seu pleito, o que também não ocorreu, possivelmente em razão de comportamento alinhado à posição discursiva que discutiremos na situação-limite 04 (*defesa*). Bastante objetiva e tipicamente jurídica, essa informação – de violação do direito – enseja um debate mais focalizado, o que não compõe o primeiro plano desse estudo. Avançaremos para um ponto nevrálgico da detração penal que muito interessa à análise do discurso veiculado pelas práticas judiciárias em torno do uso de drogas em contexto de medida de segurança: o tempo.

Em *Sistema punitivo contemporâneo: genealogia das prisões e funções disciplinares das estruturas penitenciárias*, Gustavo Batista (s/d) convida a uma reflexão que articula o sentido existencial do tempo desde a Idade Média e, às vésperas do capitalismo industrial, o sentido concreto do tempo como organizador diário. Se até então o tempo era um indicador lateral sobre o curso do dia, com a Idade Contemporânea, passa a ser o próprio regulador do dia. Nesse sentido é que as casas de correção dos séculos XVII e XVIII, bem como as prisões a partir dessa última centúria, realizam a noção industrial de tempo ao modo mais visceral, dada a atmosfera de subjugo e autoritarismo que media a relação entre os presos e a instituição. Certamente, esse tempo, afinado com os coléricos ensaios da aplicação da pena, coaduna com o lado de fora na medida em que produz a estrutura social internamente à prisão.

Ao analisar o sentido do tempo para alguns presos, a partir de suas produções artísticas, Lilian Cordeiro (2013) recupera Messuti ao dela emprestar a noção de que “o tempo, mais do que o espaço, é o verdadeiro significante da pena” (p. 08). Contemporânea, a noção de temporalidade ocupa a de tempo de pena, que, por sua vez, adequa-se ao princípio iluminista da proporcionalidade entre ela e o delito. Segundo Cordeiro, é comum entre as pessoas presas que entrevistou o desejo de não olhar para o relógio e o calendário, pois sua dinâmica é muito lenta. A visita dos filhos pequenos faz as vezes desses instrumentos serviçais do tempo, tornando-se um dos principais indicativos de que – e quanto – o tempo passou.

O mesmo tratamento era dispensado ao tempo por uma população feminina presa em penitenciária de Tires, Portugal, cujo cotidiano fora acompanhado, em dois distintos momentos, separados por uma década (entre anos 1980 e 1990), por Manuela Cunha (2007), que aborda a noção de tempo desde um viés antropológico. Alude à sensível definição do antropólogo Alfred Gell, para quem o tempo é igual em qualquer canto, diferenciando-se, contudo, sua saliência com relação aos assuntos humanos. À autora portuguesa essa manifestação literalmente relevante do tempo trouxe uma evidência: para as presas, o tempo da pena não era uma duração, senão uma interrupção, “um tempo à parte” (p. 93), um “hiato social” (GOFFMAN *apud* CUNHA, 2007). Novamente, vemos o presente escapando qual areia na flor da água, como em um castigo bergsoniano: *subtraio de ti o presente para não te (re)conhecer no tempo que te consome!*

Ana Messuti trata das diversas matrizes e matizes do tempo na qualificação da reprimenda estatal atualmente mais gravosa, a prisão. Ao debater, em viés filosófico, a questão da medida do espaço asilar, ressalta que a medida do tempo é tão importante quanto. Ademais, do ponto de vista existencial, é o tempo – e não o espaço – que organiza o lugar no mundo prisional. Por isso, imperioso reconhecer a inseparável relação entre pena e tempo:

quando a privação de liberdade assume o caráter de pena (e não de prevenção, correção, ou qualquer outro fim de preservação social), a exigência de precisão se torna manifesta. Sendo o tempo o principal elemento da pena, não pode ficar à mercê da imprecisão. A determinação temporal da pena adquire uma importância fundamental (p. 37).

Esse raciocínio desperta, de um outro modo, uma das mais latentes incongruências entre pena e medida de segurança, a reforçar nossa perspectiva conceitual sobre a segunda:

não sendo adjetivo da internação em manicômio judiciário, o tempo – ou a falta dele – caracteriza-a como uma medida de prevenção. Aí reside o eixo periculosista que, inclusive, configura a tortura, como debateremos adiante.

Quanto ao tempo da medida de segurança, podemos adotar o que Messuti reflete sobre a pena perpétua: “nas penas de prisão perpétua ou por períodos que excedem a vida normal de um ser humano tampouco se prevê ‘o regresso’, a reintegração. Afasta-se o delinquente ‘para sempre’, como na morte” (p. 39). Não pretendemos igualar a pena perpétua à medida de segurança. Não se trata de forçar uma equivalência a partir do resultado entre as penas, que, na maioria das vezes – e, nos processos que estudamos, em todos -, é distinto. Trata-se de verificarmos o comum de ambas quanto à suspensão indefinida do tempo: “essas penas respondem simplesmente à necessidade de medir, no sentido de qualificar a pena. A morte ocorre à margem da pena, e a pena é a exclusão por determinado tempo, não é a morte” (p. 40). Afinal, segue a autora, mesmo a pena de tempo definido e de curta duração pode ser interrompida pela morte.

O tempo da pena diz mais de um tempo em que a sociedade precisa da memória do crime e do dano por meio da exclusão do autor, do que da intrínseca finalidade do isolamento. Ora, bergsonianamente, encontramos um caro conceito segundo o qual é o presente a manifestação do passado nas particularidades selecionadas e iluminadas, em oposição a um passado assombrado que se deixa esquecer (BERGSON, 1999).

Por consequência, na pena perpétua ou de morte, interessa que “imortal não é o delinquente, mas a comunidade de pessoas, que persiste como tal (...) E é perante ela que se mede o tempo da pena. O tempo da pena se quantifica em função do tempo da sociedade, e não do tempo do delinquente” (p. 41). É o tempo público que a comunidade sustenta, por isso, abstrato da pena.

O tempo da medida de segurança é o do itinerário institucional, isto é, um tempo *fora* do sujeito, um tempo administrativo. Mas, diferente da pena, é um tempo instantâneo, inventado na hora e para *aquele sujeito*, sem que isso englobe direitos concernentes à individualização da reprimenda. O prazo da medida não está inscrito em tábua alguma. Já o da pena, no folhetim penal que, todavia, quanto mais empoeirado, mais difícil de ser obedecido. A medida de segurança tem um tempo *x* de uma equação cujo resultado apresentará sempre sobras, retalhos de gente que, aos se desvencilharem do tempo, tentarão costurar-se a um pedaço maior de pano. Enquanto a equação não chega a termo, o tempo transcorre: na pena, o

decorso do tempo se dá pela passagem de cada dia como se fosse o último; na medida de segurança, cada dia é como se fosse o primeiro, dado que não há termo final, ou mesmo não há tempo, já que nada o demarca. O dia de acabar a medida é um dia não contável, como a vida de quem também tenta contar. *Sujeito* e *tempo* não contados porque não contáveis. Sujeito e tempo rizomáticos e espalhados ao ponto de não se identificar seus começo, meio e fim, razão pela qual se tenta juntar partes que servirão para o examinador: a psiquiatria examina as partes que interessou juntar do sujeito; o direito examina as partes que interessou juntar do tempo. E o tempo do cárcere provisório? Com começo, meio e fim, não interessou ao/à juiz/a. Qual cronos e kairós, o tempo parece ser a outra face da loucura, e sua própria institucionalização.

A internação provisória é medida cuja finalidade se perde dentro da invisível contagem. Esvaem-se o tempo, a finalidade e, com isso, sua própria existência. A rigor, tem caráter preventivo, para a garantia do prosseguimento do processo, o que poderia se dar na prisão comum. De outro modo, *a priori*, terapêutico, pois, dada a hipótese diagnóstica, decorre a necessidade do cuidado imediato, o que, todavia, poderia se dar em estabelecimento de saúde. Ou seja, a internação provisória é algo ao não-ser-sendo.

A passagem provisória pelo cárcere parece ser tão efêmera para as instituições que não é contada. Nem ninguém conta sobre ela. É como se não houvesse sido, afinal, tamanho seu despropósito (provisória para quê?) que parece ser regurgitado quando da sentença judicial. E então, nada há que se contar, até porque, se finalidade não há no cárcere temporário, a computação também revela um tempo que não há, visto que a intervenção não acontece; apenas, como em apneia, suspende-se a vida por instantes de um primeiro contato com a morte.

**5.5.2. Situação-limite 02.** Ausência de fundamentação teórica e metodológica nos laudos psiquiátricos.

- **Questão recorrente.** De onde vem, onde estão e para onde vão os laudos?

Por dentro da histórica relação entre direito e psiquiatria, a organizar nosso estudo, encontramos o exame pericial psiquiátrico, que veicula, mimeticamente, o espírito das normas jurídicas ao adotar como crivo os estados da norma, um tipo de lícito e ilícito na esfera nosográfica. E encanta o campo psiquiátrico ao fazer do binarismo positivista um ponto de

contato com o mundo jurídico. Seu resultado na forma de laudo pericial psiquiátrico também é nomeado como psiquiátrico-forense, expressão maior da cooperação entre os saberes.

Diversos laudos aportaram em nossa leitura porquanto materializam o pensamento fotográfico de um ou dois psiquiatras forenses chamados a apresentar uma imagem filmográfica. São instados a presentificar o histórico relacionado ao crime, para o que retroagem aos relatos sobre a vida do sujeito e profetizam sobre os riscos caso não seja procedida intervenção necessária. É a inevitável retomada bergsoniana do passado, como vimos na situação-limite 01 (*detração penal*). Defronte ao passado, presente e futuro, o que poderia ser um filme, contudo, não pode ser dinâmico, pois a cena do crime perderia o enfoque perto de tantas outras cenas mais profundas sobre a vida em si, como ainda se incorre no risco de o perito fortalecer um outro tipo de julgamento, sobre o autor e não sobre o ato.

A compactação do histórico que inclui passado-vida-crime, presente-crime e futuro-risco-de-crime confunde-se com a compactação da vida do próprio sujeito. Com isso, outro risco pericial: empobrecer o conteúdo ao ponto de os contornos do crime tornarem-no sem expressão. Assim é que o trabalho pericial também apresenta seus riscos: distinto de outras profissões cujos infortúnios não as invalidam, mas sim o produto ou serviço, expõem ao cadafalso o próprio sentido pericial, nalguns casos, desnaturalizado. Vejamos, primeiro, os limites e alcances da psiquiatria judicial.

Segundo Abdalla-Filho e Souza (2009), psiquiatria forense é:

o campo específico de identificação, discussão e condução de questões situadas na interface entre saúde mental e lei (...) desejável e necessária a boa comunicação entre essas duas áreas temáticas, o que, infelizmente, não ocorre no Brasil (p. 181)

Periódico da Associação Brasileira de Psiquiatria, entidade considerada de caráter mais conservador no ramo, abriga artigo em que o mesmo Abdalla-Filho (2013, p. 114) se pronuncia com mais veemência: atualmente, o despreparo dos especialistas se agrava por desconhecerem suas limitações e supervalorizarem os objetivos profissionais, incorrendo em “conclusões superficiais e enganosas”.

A espanhola Lucia Garay (2014) pondera que, apesar de toda pesquisa acerca da predição da periculosidade publicada nas últimas décadas, muitos estudiosos avaliam que atualmente não estamos melhores para tal feito do que trinta anos atrás. Em estudo sobre a qualidade da perícia criminal no Distrito Federal, Resende e Maciel (2018) entrevistaram

técnicos de várias instituições atuantes no sistema de justiça. Em análise dos dados coletados, perceberam que não há elaboração adequada dos diagnósticos em razão da base legal utilizada pela perícia: artigos ultrapassados do Código Penal, Código de Processo Penal e lei de execuções penais. Ademais, um dos entrevistados respondeu a determinada questão com indignação interrogativa: como se garante qualidade de um exame quando procedido em apenas um breve encontro?

Em *Vigiar e Punir* (1987, p. 24), Michel Foucault informa que, na França, de uma Circular de 1958 constavam três quesitos-chave para orientar a atuação dos psiquiatras forenses: “o acusado apresenta periculosidade? É acessível à sanção penal? É curável ou readaptável?”. Enquanto o filósofo informa que são os mesmos quesitos a liderar os questionários vinte anos depois (1975), podemos dizer que, ressalvada a mudança de linguagem, continuam perseguindo as mesmas respostas, no Brasil, sessenta anos depois.

Oliveira e outros (2016, p. 324), ao estudarem a divergência entre laudos resultantes do exame de verificação da cessação de periculosidade, na mesma toada, aduzem que inexistem “diretrizes claramente definidas que possam orientar, do ponto de vista ético, o procedimento dos psiquiatras forenses na realização das perícias, tampouco direcionamento técnico específico”.

Bem, diante de um resumido quadro de depoimentos de estudiosos e consagrados autores em seu campo intelectual, notamos que algo não vai muito bem no procedimento-chave de um processo que decide *letalmente* a vida dos sujeitos. Se residualmente terão como destino o tratamento ambulatorial, no mais das vezes, dada a gravidade de alguns crimes associados ao uso de drogas, são duas as opções: prisão ou manicômio judiciário. Opções não dos sujeitos, obviamente, senão riscos institucionais que correm. Seriam opções dos peritos, portanto? Ao se definir que as instituições totais configuram alternativas, nota-se que há um objetivo em contribuir diretamente para a adoção de uma delas. Mas, não seria atribuição exclusivamente do/a magistrado/a, promotor/a e defensor/a? Sem dúvida, a começar pela observação nos processos, esses três atores do sistema de justiça têm sua fala validada no jogo de forças. E o perito? Bem, em regra, a história demonstra que há mais consensos do que dissensos entre os campos. Mas, vamos ver na situação-limite 05 que os/as psiquiatras não necessariamente têm acatadas suas sugestões em todos os processos, e em integralidade, pelos juízes. Lá, desdobraremos os efeitos disso na – e em razão da – relação entre direito e psiquiatria. Aqui, vamos direto ao ponto: analisaremos os conteúdos dos laudos, a divisão metodológica, os fundamentos, a modalidade de exame e o lugar que eles ocupam no

processo e nos enunciados discursivos. Desde já, relembramos que há dois momentos de elaboração de laudos, distintos pois diferentes os propósitos de seus exames. O *exame de sanidade mental* (ESM) é realizado durante a fase da instrução criminal, ou seja, enquanto se apura autoria e materialidade da infração. Algum dos personagens do processo levanta a suspeita sobre o estado psíquico do sujeito e o/a juiz/a determina a realização do feito. O que desperta a suspeita em algum dos atores judiciários?

Conforme a análise dos processos, uma primeira causa costumeira é o modo como fora cometido o crime, considerando-se gravidade, circunstâncias e todas as valorações que diferenciam uma conduta ilícita *normal* de uma *anormal*, com uma atuação incomum. Daí, sobram adjetivos: *sem piedade*, *com perversidade*, *maldade*, *desfaçatez*, *dissimulado* etc, tudo que, de toda forma, também caberia em um comportamento adiante definido como *normal*, logo, ileso frente a um eventual exame de sanidade. A segunda causa em voga é a indicação por pessoa de fora do processo, mas de dentro da vida do sujeito. Muitas vezes a informação familiar de que a pessoa acusada toma medicamentos psicotrópicos, sofrera alguma crise psíquica antes do crime ou já fora internada é suficiente para o desvio de rota, suspensão do processo e submissão ao exame. Vale dizer que é comum a concorrência simultânea das duas causas, o que torna ao/à juiz/a uma questão/suspeita indubitável. Expedido o laudo, o processo retoma seu curso. Durante a suspensão, o sujeito costuma permanecer internado no estabelecimento manicomial com o fim de se aplicar o exame; dias, semanas ou até meses mais perdidos do que os demais de encarceramento definitivo, conforme vimos na situação-limite 01 (*detração penal*).

O segundo momento para a exposição do sujeito à perícia é o de encerramento do tempo mínimo de cumprimento de medida de segurança determinado na decisão judicial. Esgotado o período, submete-se-o ao *exame de verificação de cessação de periculosidade* (EVCP). Muitos estudiosos debruçam-se especialmente sobre esse exame, dada sua histórica presença também nas vidas das pessoas presas comuns, cujo exercício dos direitos a progressão de regime e liberdade condicional, até modificação legislativa de 2003, era condicionado à realização do similar *exame criminológico*, para qualificar a individualização da pena, com dados relativos ao comportamento no cárcere. Após 2003, entende-se obrigatório apenas no caso de liberdade condicional.

Na situação de internação por medida de segurança, o EVCP ocorre com o único propósito de verificar se a tal periculosidade eventualmente identificada no exame de sanidade mental perdura ou cessara. A atmosfera profética percorre todo o processo: no início,

um/a perito/a terá de dizer se, em razão do transtorno mental, há necessidade de tratamento penitenciário, em função de cuja ausência pode se produzir um perigo social. Ao final, o/a perito/a terá de dizer se o tal perigo social fora mitigado com o tratamento. Isto é, a posição pericial diz respeito não somente ao futuro, mas ao sucesso do tratamento já realizado. Dizer que a periculosidade não cessou é também dizer que o tratamento não fora suficiente no tempo ou na qualidade. Geralmente, em causa própria, só resta ater-se ao tempo. Contudo, o que chama mais atenção é a predição: em face do tratamento suportado, o sujeito ainda corre o risco de oferecer risco à sociedade? Essa questão conduz o exame.

Ademais, há casos – não incluídos entre os nossos de estudo – de *doença mental superveniente*, isto é, eventual transtorno mental (ou perturbação da saúde mental) verificado por exame realizado durante o cumprimento de pena. A hipótese diagnóstica pode motivar o/a juiz/a encaminhar o sujeito ao cumprimento de medida de segurança, vigorando, aí, uma espécie de retomada do sistema duplo-binário, pelo qual, durante os anos 1941 e 1984, pessoas poderiam ser condenadas ao cumprimento de pena e, automaticamente e em seguida, à determinação de medida de segurança, soma infligidora abolida pela instituição do sistema vicariante na reforma penal de 1984.

### **Organização do conteúdo do laudo**

Os laudos têm um modo próprio de organização que parece obedecer, conforme vimos acima, a um modelo antigo de diagramação das informações ao longo do texto. São três as questões principais desse momento: por que existe? Por que é desse modo confeccionado? Por que são essas, e não outras, as informações inscritas no documento?

Quanto ao formato, por assim dizer, há uma divisão bastante rígida das informações. Apresentaremos um laudo de cada exame oriundo do mesmo processo dentre os estudados, para acompanharmos o modo de elaboração. Colacionamos as partes originais para termos maior proximidade com o documento. Agora, o laudo do exame de sanidade mental.

**Primeira parte:** apresentação sucinta do motivo da internação e o tempo de cumprimento.

**O examinando em avaliação encontra-se internado nesta Penitenciária de Psiquiatria Forense da Paraíba desde 07/12/2011, por ter tentado tomar a arma de um policial para se matar. Encontra-se revoltado, porquanto seu benefício está sendo recebido por sua genitora, que demora a entregá-lo, surgindo-lhe impulso agressivo, necessitando de internamento. Diz que é aposentado por invalidez. Desde 2001, vem**

Figura 1 – excerto de processo judicial.

Importante mencionar que o acusado estava preso no IPF por internação provisória, que, conforme debateremos na situação-limite 05 (*divergência entre direito e psiquiatria*), não configura estratégia terapêutica enquanto não se sabe se é necessário tratamento; tampouco pode ter o objetivo carcerizante porquanto antes da sentença judicial ainda há oportunidades oficiais de se provar a inocência. Se o propósito fosse tão somente prisão temporária, o procedimento legal seria prisão preventiva em unidade prisional comum. Mas nessa prática analisada, antes que se saiba se tem transtorno mental, interna-se o sujeito *suspeito da loucura*. Antes que se definam, terminantemente, os elementos do crime, interna-se o *hipotético autor do crime*.

Contudo, certeza parece pairar sobre a escrita pericial: antes mesmo de finalizada a ação penal, antes mesmo de proferida a palavra judicial, a posição da perícia é de condenação pelo crime cometido: “o examinando em avaliação encontra-se internado (...) por ter tentado tomar a arma”. Condenação que, pela própria confirmação ao final do parecer, induz à absolvição: condenação ao tratamento, absolvição da pena.

Segunda parte: histórico de vida aos olhos da perícia.

**necessitando de internamento. Diz que é aposentado por invalidez. Desde 2001, vem se submetendo a tratamento psiquiátrico. Refere que sua agitação deve-se ao fato de não ter realizado seu sonho de comprar uma moto, cometendo vários desatinos. Ajuda sua mãe em trabalhos artesanais. De sua vida pregressa refere ser o primogênito de uma prole de três e o caçula morreu afogado em uma piscina, por ser portador de epilepsia e não tomar a medicação. Era uma pessoa normal, até que apareceram estas crises e ninguém soube a causa. Nasceu a termo, com desenvolvimento psicomotor normal, foi acometido por sarampo, sem seqüelas. Vida afetiva aos 17 anos de idade, sem qualquer contato carnal. Iniciou suas atividades escolares, um tanto tardiamente, aos treze anos de idade, cursando só a 1ª série, pois se dedicava aos trabalhos agrícolas. Seu primeiro internamento deu-se por está muito deprimido e com idéias autodestrutivas. Daí por diante seus internamentos se sucederam, contando com mais de trinta. De certa feita lhe aplicaram oito injeções, não sabendo quais. Refere que os pais discutem muito e a mãe já foi internada na Clínica Dr. João Ribeiro em Campina Grande. Diante de tudo que presenciava tentou o suicídio. É tabagista e ao fazer uso de substâncias etílicas, vinho e cerveja, ficava tranqüilo. Seu outro irmão também faz uso de derivados etílicos e quer fazer "carnaval", pula o muro e se desnuda. Nos autos lê-se o que ocorreu no Fórum da cidade de Queimadas. Após uso da medicação dorme tranqüilo, fica calmo, não gosta de ter inimigos. O paciente adentrou nesta Penitenciária em 02/10/2011, referindo várias internações psiquiátricas em Campina Grande, nas Clínicas Dr. João Ribeiro e Dr. Maia, por sentir tremores no corpo, pensamentos negativos, insônia, com Ideação suicida. Informa ter sido preso algumas vezes por prática de "vandalismo" (quebrava objetos nas ruas, piorando quando ficava embriagado). Várias vezes usou maconha (*cannabis sativa*) e tiner, dizendo ter sido por curiosidade (sic). A prisão foi feita na cidade de Queimadas, após fazer uso de vinho e cerveja e ter tentado tomar a arma do policial do Fórum, culminando com a quebra do veículo do Promotor e de uma moto, além de se jogar na viatura da Polícia Militar. Desde sua permanência neste Frenocômio faz uso de anti-psicótico: (AMPLICTIL + FENERGAN E HALDOL), bem como tranqüilizantes (DIAZEPAM). Atualmente encontra-se calmo, lúcido, orientado, respondendo aos psicofármacos prescritos. É hipertenso, fazendo uso de anti-hipertensivo. Exame**

Figura 2 – excerto de processo judicial.

De acordo com o trecho escrito, há preferência por informações de cunho sanitário, a ser relacionado com o modo e estilo de vida em torno da eventual causa do transtorno mental (“Era uma pessoa normal, até que apareceram estas crises e ninguém soube a causa”). Ainda sobram breves apontamentos sobre o uso de drogas. Apuram-se, como vemos, informações que possam atrelar as condições socioeconômica e familiar ao quadro clínico, convergência que culminaria no cometimento do crime (um irmão com epilepsia morreu por não tomar medicação; o outro se desnuda após beber). Procura-se, ainda, aproximar o quadro clínico dos ascendentes ao modo de vida do sujeito (“a mãe já foi internada (...) diante de tudo que presenciava tentou suicídio”). A temática das drogas é a que mais permeia o texto, até que, próximo ao final do excerto, produz-se uma certa dúvida e desdém sobre o interesse de experimentação: “várias vezes usou maconha (*cannabis sativa*) e tiner, dizendo ter sido por

curiosidade (sic)”. O sic é figura gramatical textual utilizada para atribuir o trecho imediatamente anterior ao exato modo como o/a autor/a redigiu, por errado ou estranho que possa parecer. Tem sentido apenas diante de texto originalmente escrito, e não falado. Ao significar *exatamente assim* ou *desse modo escrito*, atribuindo à mensagem de experimentação de psicoativos um caráter estranho, errado ou duvidoso, pode parecer uma intencional depreciação da experiência, o que, por ser o delicado assunto que orienta o julgamento pericial, não apenas avalia mas confronta o sujeito. Enfim, o trecho encerra tal como fora iniciado: com a retomada do delito e do medicamento em uso. É dizer, o texto propõe que a vida do periciando está cercada, ponta a ponta, pelas anormalidades *crime* e *doença*, que compõem, respectivamente, apenas *suspeita* e *hipótese*. Lembremos que, quanto ao crime, é apenas acusado; uma vez que a sentença ainda não fora prolatada, restam chances formais de se convencer pela inocência.

**Terceira parte:** início do parecer.

**psicofarmacos prescritos. É hipertenso, fazendo uso de anti-hipertensivo. Exame Mental:** paciente sem maiores alterações do psiquismo, não é agressivo e tem um bom relacionamento com os outros pacientes e os funcionários desta unidade. A razão maior de sua desestruturação foi o uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas. É do nosso conhecimento que a medicação controlada aliado ao uso de álcool desagrega a pessoa até o cometimento de delitos contra si e a sociedade, o que se registra nesse caso relatado.

Figura 3 – excerto de processo judicial.

Apresentam o modo como o sujeito se porta durante a perícia e internação. Antes mesmo de dizerem do que se trata a “desestruturação”, afirmam a causa: uso de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas. E afirmam o agravamento pela combinação dos hábitos étlicos e medicamentosos, até o (impossível) cometimento de delitos contra si.

**Quarte parte:** hipótese diagnóstica, acompanhada de um parecer conclusivo.

**CONCEITUAÇÃO DIAGNÓSTICA:** Dependência de Drogas (F 19.0 CID 10) + Episódio Depressivo (F 32.0 CID 10).

**CONCLUSÃO:** O periciando é portador de um transtorno mental (dependência de drogas) e nos períodos das drogas no organismo, todas as suas funções cognitivas são comprometidas, levando-o a cometer atos, cujas consequências são danosas ao usuário e a sociedade. Como apresenta sinais de recuperação, deverá ser mantido no Programa dos CAPS AD e em tratamento a nível ambulatorial, para ser acompanhado por psiquiatra nos surtos depressivos. Sabe-se que em episódios depressivos típicos, das três variedades, leve, moderado e grave, o paciente, usualmente, sofre de humor deprimido, autoestima e autoconfiança reduzidas, idéias ou atos autolesivos ou suicídio, como no caso avallado, devendo no caso em apreciação ser devolvido à cidade de Queimadas, para ser acompanhado pelo PSF desta cidade ou CAPS AD.

Figura 4 – excerto de processo judicial.

Durante o exame, a despeito de o sujeito não ter utilizado as drogas mencionadas, a perícia atesta, com exatidão, os efeitos quando do uso: “todas as suas funções cognitivas são comprometidas”. A mesma posição se repete acerca dos “surtos depressivos”, mesmo que não estivesse nessa situação ao longo da perícia. Com todo o apresentado, partem para a indicação prognóstica: se encaminhado para sua cidade e acompanhado em CAPSad, seus “sinais de recuperação” poderão vingar.

**Quinta parte:** respostas aos quesitos homologados pelo/a juiz/a.

- a) Por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era o acusado, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

**Resposta:** Prejudicado.

- b) Em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía o acusado, ao tempo da ação, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?

**Resposta:** Em virtude de perturbação da saúde mental (Dependência de Drogas), o acusado, ao tempo da ação, possuía a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato, no entanto não de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Figura 5 – excerto de processo judicial.

Conforme destrincharemos nas outras situações-limite, a perícia agiu de acordo com a clássica distinção sobre doença ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado e perturbação da saúde mental, que, pela legislação, correspondem, em regra e respectivamente, à inimputabilidade (faltas cognitivas e volitivas) e semi-imputabilidade (falta volitiva). Descartada a primeira condição clínica, confirmaram a situação em que, embora tivesse conhecimento da ilicitude, não tinha a “plena capacidade” de “determinar-se de acordo com esse entendimento”. Conforme discutiremos na situação-limite 04 (*defesa*), essa é uma conclusão pericial bastante comum nos casos de uso de drogas.

Seguem, ainda, as *mesmas* respostas aos *mesmos* quesitos, elaborados pela promotoria:

**1 – O acusado é portador de doença mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardamento? Especificar.**

**Resposta:** Não.

**2 – Ao tempo da infração penal o autor do ato já sofria de doença mental ou desenvolvimento mental retardado ou incompleto?**

**Resposta:** Prejudicado.

**3 – O acusado era, ao tempo da ação, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?**

**Resposta:** O acusado era, ao tempo da ação, inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato, no entanto, não se determinava de acordo com esse entendimento. Ver resposta no quesito b.

**4 - O acusado era, ao tempo da ação, relativamente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?**

**Resposta:** O acusado era, ao tempo da ação, capaz de entender o caráter ilícito do fato, no entanto não se determinava de acordo com esse entendimento, em virtude de perturbação de saúde mental.

Figura 6 – excerto de processo judicial.

Vejamos que os quesitos são objetivamente os mesmos elaborados pelo/a juiz/a, o que reforça aquela avaliação sobre a inalterada qualidade da quesitação: se há décadas, a replicação das mesmas perguntas revela uma baixa qualidade das técnicas de predição da periculosidade, isso diz respeito não apenas à condição pericial mas à psiquiátrica-forense, como um todo, dado que também juízes, promotores e defensores são responsáveis pela manutenção desse instrumento no tempo. Em todos os processos estudados, praticamente

nada se altera. Sua divisão, por nós classificada em cinco partes, principia pela *motivação do exame* (explicação do resumida do crime); *anamnese* circulante em torno do crime, comportamento patologizado, modo de vida, doença e crime; *exame em si*; *conceituação e conclusão diagnóstica*; *respostas os quesitos*.

Quanto aos quesitos, aparecem como meio de estabelecer uma via comunicacional de mão dupla entre psiquiatria e direito, e redundam em guia para a tomada de decisão judicial. A ordem das perguntas e, principalmente, seu teor orientam e induzem as posições judiciais até o veredicto. No *Manual de Orientação de Quesitos da Perícia Criminal* (2012), referência atual do Ministério da Justiça, para seu capítulo “Perícias de medicina e odontologia forense”, há três subcapítulos de fundamental interesse.

Com cinco quesitos, o Exame de Sanidade Mental deve ser orientado por três que cercam a questão da doença mental e a eventual incapacidade dela advinda, semelhantes aos quesitos conhecidos no caso acima. Os outros dois quesitos são: “Caso afirmativo qualquer dos quesitos anteriores, a periculosidade apresentada pelo examinado enseja internação ou tratamento ambulatorial? Qual o prazo mínimo necessário da medida de segurança (internação ou tratamento ambulatorial)?” (p. 135).

O Exame de Embriaguez questiona se o sujeito está embriagado ao tempo do exame; qual “espécie de embriaguez”; se pode colocar em risco a segurança própria ou alheia; se o sujeito tem a habitualidade alcoólica; e por qual prazo deve ficar internado para desintoxicação.

O Exame de Uso de Droga que Causa Dependência se aplica ao “uso crônico de drogas” e propõe quesitação parecida com o Exame de Embriaguez, mas já inicia com a questão sobre a habitualidade do uso de drogas e encerra indagando qual o prazo mínimo necessário de uma medida de segurança (internação ou tratamento ambulatorial).

É notória a direção patologizante do Manual atualmente orientador das perícias no país: não bastasse a repetição dos históricos quesitos sobre doença ou perturbação mental, finaliza-se com duas sensíveis âncoras da história do direito e psiquiatria: se a periculosidade relacionada ao quadro clínico enseja a terapêutica penal e, em caso positivo, por qual prazo mínimo de tratamento.

Retomemos dois importantes trechos que caminham juntos no laudo selecionado. Na segunda parte, há menção ao contato com maconha e tiner, aparentemente alvo de deboche

por parte do perito, com a inclusão, de caráter também depreciativo, da figura “(sic)” à fala do sujeito.

Na primeira aula de *Os Anormais* (2002), Michel Foucault apresenta reflexão sobre os discursos de verdade do campo psi-jurídico. Para o feito, adota laudos psiquiátricos oriundos de dois processos criminais, que, por sua vez, versam um sobre crime de homicídio, outro, crime comum de extorsão e furto, algo cotidiano. Uma importante inflexão parte do entendimento de que é mais a prova e menos a norma que está em jogo no processo criminal. Esse é um dos pilares que validam uma entropia institucional da qual resulta a aproximação, em nível forense, da psiquiatria e do direito, estado atomizado de que se originam discursos de verdade, porque dotados de estatuto científico:

no ponto em que se encontram o tribunal e o cientista, onde se cruzam a instituição judiciária e o saber médico ou científico em geral, nesse ponto são formulados enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos judiciários consideráveis e que têm, no entanto, a curiosa propriedade de ser alheios a todas as regras, mesmo a mais elementares, de formação de um discurso científico (p. 14).

Foucault ainda acrescenta novo qualificativo a esses discursos de verdade e de morte: grotesco – ou ubuesco -, donde se verifica a “maximização dos efeitos do poder a partir da desqualificação de quem os produz (...) uma das engrenagens que são parte inerente dos mecanismos do poder (...) um dos procedimentos essenciais à soberania arbitrária” (p. 15). Aí, o ponto: a inclusão do “(sic)” confessa uma fala ubuesca, diminuindo ao pejorativo a manifestação do sujeito sobre o contato com algumas substâncias.

O segundo trecho é o histórico de vida do sujeito. Cabe, desde já, lembrar o antigo dilema, bastante calejado na história do direito penal brasileiro, sobre os efeitos da aproximação com fatos da vida do acusado mas não relacionados com o crime. Na intenção de se compreender melhor os motivos da infração, mais a história – e não o delito - pode ser punida. Esse trecho dialoga completamente com o anterior – do “(sic)” – na medida em que o debate sobre o discurso ubuesco convida a descer alguns degraus até sua centralidade a partir da análise da tecnologia de poder que utiliza e funciona. O primeiro degrau é o dobramento penal-psiquiátrico, ou os vários dobramentos, “duplos sucessivos” que justapõem, na mesma cena delituosa, diversos outros elementos que não são da natureza do crime. É o que faz o exame psiquiátrico: insere, dobrando a cena nela mesma, porém, enxertando-lhe novos atributos, como se originais fossem, “que vão constituir a substância, a própria matéria

punível” (FOUCAULT, 2002, p. 19). Palavreadas sob diversos exemplos trazidos pelo autor, as dobras psiquiátrico-penais nos são familiares a partir dos novos sentidos dados ao comportamento criminoso: “produção imaginária”, “manifestação de um orgulho perverso”, “personalidade pouco estruturada”, “imaturidade psicológica” (ibidem, p. 20). O deslocamento da atenção judiciária para o quadro moral, psicológico e fisiológico dos sujeitos em alvo produz um novo sentido para o julgamento: julga-se, a partir daí, não o fato ilícito, mas a irregularidade em torno das regras subjacentes àquele quadro clínico. Mais próxima do que imaginamos, trata-se da comum assertiva psiquiátrica *não podemos julgar o crime, vamos dizer as condições psíquicas para determinar se fora ou não capaz de entender a ilicitude do ato*. Afinal, “o essencial do seu papel é legitimar, na forma do conhecimento científico, a extensão do poder de punir a outra coisa que não a infração” (ibidem, p. 23).

O segundo degrau é o dobramento do autor do crime com o delinqüente, figura que nasce com o Iluminismo. A antecipação pericial de condutas não ilegais e não patológicas, mas socialmente incômodas, e a reiteração nos textos de anamnese ou de relatórios psicológicos e sociais multiplicam sensações de que o sujeito tinha tudo para realizar o crime, dos efeitos de cujo ensaio já extraía o deleite necessário para repetição da dose até cruzar a fronteira do legal e normal. De modo cirúrgico, Foucault sublinha o advérbio *já*, bastante presente no texto que historiciza a vida do sujeito, até ... decifrar o crime propriamente dito: o sujeito *já* havia estado naquele local, *já* houvera se desentendido com outras pessoas em mesmas circunstâncias das do crime, *já* havia se apossado dos bens de fulano, como também *já* teria produzido tais situações incômodas. Ou seja, não poderia concorrer para outro resultado que não fosse o delituoso.

Em um dos laudos presentes no processo de GGB, durante a parte do histórico de vida, o perito se aproveita da presença da mãe do jovem para inseri-la no exame:

O exame foi complementado pela sua mãe, que corrobora o que o filho diz [de que nessa data do exame, ele usou bebidas alcoólicas], adiantando que ele bebe diariamente e que **já** há certa dificuldade em conviver com ele. Havia alteração do comportamento, fugas domiciliares (destaque nosso, guia, p. 08).

Esse enlace proposital do perito entre o delito e a visão da mãe do acusado denota um tipo de movimento discursivo fundamental para o regime de verdade a ser erigido ao longo do processo.

Antes de embarcarmos nas questões relacionadas ao Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade, importa consignar que há dois tipos de laudos intermediários, sem titulação específica, pois expedidos conforme a situação da pessoa durante a internação. Trata-se de laudo que ateste a possibilidade de o sujeito exercer o direito à saída temporária, benefício comum no sistema prisional: dias comemorativos familiares, como dia das mães, natal, dia dos pais, páscoa, são os motivos desses exames, que se autorizam apenas a avaliar as condições dos sujeitos para gozar de alguns dias fora do cárcere. O exame não alcança o debate sobre a retorno ou não ao manicômio.

O outro laudo é resultado de exame que atesta a oportunidade da desinternação condicional, equivalente à liberdade condicional à pessoa presa na instituição manicomial. Ambos têm igual teor, com síntese do histórico de vida, sobretudo o aspecto institucional, seguida de sugestão de continuidade do tratamento fora do estabelecimento. E, estruturalmente, ambos os laudos se assemelham ao proveniente de EVCP, que esmiuçaremos a partir de um inserto no mesmo processo judicial adotado nessa situação-limite.

**Primeira parte:** motivação do exame e breves considerações sobre o comportamento.

*Comparece a este Instituto o paciente em apreço, afim de submeter-se a acompanhamento pela equipe multiprofissional. Revela-se calmo, lúcido, bem orientado, com vestes adequadas, deixando-se denotar cuidados com aparência pessoal. Há um ano encontra-se em Liberdade Condicional se apresentando regularmente para avaliação, tendo demonstrado boa reintegração biopsico social. Continua em acompanhamento no CAPS de sua localidade recebendo apoio dos familiares demonstrando assim perspectivas de vida futura excelente. Ao exame*

Figura 7 – excerto de processo judicial.

Reparemos que há um diálogo desses peritos com a avaliação psiquiátrica interna responsável pelo acompanhamento da desinternação condicional. Remetem a uma conduta contínua que tem gerado “boa reintegração biopsico social” (sic). Parecem atribuir essa condição ao vínculo com o CAPS e ao apoio familiar, o que resulta em superlativa expectativa por parte da perícia (“perspectivas de vida futura excelente”).

**Segunda parte:** exame e a inarredável tarefa de adjetivação sintomatológica.

*familiares demonstrando assim perspectivas de vida futura excelente. Ao exame mental atual observamos boa orientação, auto e heteropsíquica. A atenção está normovigil e normotenaz. Pensamento fluindo com coerência e livre de perturbações delirantes e ilusórias. QI em paralelismo ao nível sócio cultural financeiro. Demais funções psíquicas inalteradas. Diante do observado, concluimos está o paciente com*

Figura 8 – excerto de processo judicial.

Abusando de velha gramática nosológica<sup>39</sup>, os peritos percorrem o espaço do documento para, em quatro linhas, expor o quadro psíquico do periciando. Surpreendentemente, atrelam o “QI” aos determinantes sociais, e não, como se esperaria da tradição organicista, a fatores inatos. Contudo, descartam os fatores hereditários, sendo considerados somente os ambientais. Do contrário, no exame de *entrada* no itinerário institucional de segurança, constava uma ilação argumentativa entre os quadros clínicos do sujeito, de seus dois irmãos e de sua mãe.

**Terceira parte:** Confirmação do prognóstico e cessação da periculosidade e familismo.

*funções psíquicas inalteradas. Diante do observado, concluimos está o paciente com a periculosidade cessada e assim em condições de manter-se inserido no seio sócio familiar, devendo continuar o tratametno no CAPS onde encontra-se inserido e custodiado pelos familiares pelo restante da vida.*

Figura 9 – excerto de processo judicial.

Novamente, o apoio familiar é um tema que surge, não obstante esteja sob julgamento da perícia, que não menciona prévio diálogo com a família ou contato com documento de acompanhamento do IPF ou do CAPS. Do mesmo modo, não informam os porquês de a continuidade do tratamento caber, especificamente, ao CAPS. Em todos os processos, o EVCP finaliza com a mensagem de necessidade automática de o sujeito permanecer, “pelo restante da vida”, vinculado à família e a alguma instituição de acompanhamento clínico, o que denota um *continuum terapêutico*, um eterno itinerário institucional de segurança, tendo em vista que a chancela judicial desse laudo se dá com a reiterada determinação de

<sup>39</sup> Ao longo do texto, referimo-nos à expressão *gramática nosológica* mais de uma vez, significando um conjunto linguístico que conforma um acervo de diagnósticos psiquiátricos.

afastamento das drogas e recintos de diversão adulta, como também custódia da família – o que, denominado *familismo*, será aprofundado na situação-limite 06.

Segundo Lucia Garay (2014), ao longo do século XX, foram criados métodos de se predizer a periculosidade por ela sintetizadas em dois grandes grupos. Por um lado, discorre a autora, “os métodos atuariais (também denominados estatísticos), cuja utilização tem experimentado um enorme crescimento desde os anos 90 sobretudo nos Estados Unidos e em âmbito anglo-saxão<sup>40</sup>” (p. 15). Conforme aponta a autora espanhola, por esse método, não se tem como principal objetivo apurar a relação direta causa-efeito, como vemos nos laudos por nós estudados. Trata-se, antes disso, de encontrar o fator ou a soma de fatores que desencadeiam, em combinações distintas, a probabilidade de o evento em julgamento ter sucesso.

De matriz atuarial, obviamente, imiscuem-se números e cifras que sustentam os cálculos fundamentais para significação dos riscos. Ademais, é um plano de contas desenvolvido não apenas para o sujeito periciado, mas para uma “coorte de pessoas que apresentam uma série de fatores similares aos desse indivíduo”, o que apresenta um risco de erro diretamente proporcional à “variabilidade interindividual dos grupos” (p. 16). Sobretudo os alemães contestam por entender que um método que propõe acerrar-se de populações, e não de indivíduos, pode incorrer em seletividades periculosistas sem dimensões.

De outro lado,

o método clínico não estruturado, e, de certo modo, à metade do caminho poderia situar-se o que se conhece como juízo clínico estruturado. O método clínico puro ou não estruturado consiste na predição da periculosidade que realiza um perito baseando-se em seu conhecimento e experiências pessoais, sem se sujeitar a nenhum protocolo ou regra explícita senão com total liberdade para valorar os fatores que estime serem oportunos e sublinhar a relevância que lhe pareça adequada. Não obstante, isso não significa que se trate necessariamente de uma apreciação arbitrária ou um juízo não fundamentado. Na realidade, dentro do método clínico caberia distinguir duas classes: a primeira seria uma forma de proceder meramente intuitiva, quando o julgamento se formula sobre a base da impressão subjetiva que ao avaliador foi gerada pelo sujeito a se avaliar, e a predição se baseia em sua experiência e conhecimento pessoais, sem, contudo, efetuar uma análise detalhada e exaustiva de fatores ou elementos concretos (p. 15).

Sobre a segunda classe do método clínico não estruturado, infere que é a “valoração clínica não estruturada em sentido estrito” ou “empírico-individual” na medida em que “se

---

<sup>40</sup> Tradução livre do autor.

efetua um estudo detalhado do sujeito, que pode incluir a administração de testes ou outros instrumentos objetivos de avaliação” (p. 15). De toda forma, esse método também se utiliza de cálculos atuariais ao passo que seus peritos se posicionam, de algum modo, com uma perspectiva dedutivista.

Os processos estudados nos trouxeram laudos cujos exames são inspirados basicamente no método clínico não estruturado de matriz intuitiva, uma vez ausente o uso de instrumentos objetivos. Da leitura dos laudos, depreende-se que a avaliação pericial avança sobre questões de intimidade e privacidade que devassam a identidade do sujeito e seu contexto familiar, elementos com os quais, ao final, o diagnóstico não apresenta correlação. Essa posição psiquiátrica se repete na definição prognóstica, para a qual o/a profissional chega a designar o tipo de tratamento necessário, o manejo clínico favorável e as correspondentes mudanças no estilo de vida (abstinência, por exemplo). Essa postura pericial informa tratar-se menos de um avaliador da culpa e mais de um “conselheiro de punição: cabe-lhe dizer se o indivíduo é ‘perigoso’, de que maneira se proteger dele, como intervir para modifica-lo, se é melhor tentar reprimir ou tratar” (FOUCAULT, 1987, p. 25). O ato psiquiátrico de escancarar a vida privada fortalece a identidade criminosa à qual a trajetória do sujeito é reduzida.

O método, ademais, apresenta alguns problemas, como a falta de fidelidade<sup>41</sup> e transparência, já que, não havendo etapas-padrão a serem obedecidas por qualquer perito, pode surgir um laudo em direção completamente oposta ao de outro profissional. Isso se agrava pela ausência de critérios objetivos de decisão sobre o melhor laudo (GARAY, 2014).

Em suma, ambos métodos carregam probabilidade de uma equivocada mensuração do comportamento futuro talvez menos porque suas matrizes não englobam, com precisão, os fatores presentes necessários, e mais porque justamente esses fatores são de infinito alcance quanto mais singularizável se considera o contexto de vida de cada indivíduo de uma determinada população.

Em estudo sobre laudos psiquiátricos produzidos por meio de EVCP aplicados em internos do Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, no Rio de Janeiro, Katia Mecler (2010), depois de encontrar um cenário de exames não padronizados, constata que “aparentemente os laudos deveriam conter os registros de todo o procedimento pericial, mas o

---

<sup>41</sup> Apontamos a fidelidade como adjetivo do qual carece o método clínico não estruturado seja porque é a própria autora que a ele se refere, como, justamente por ser parte da linguagem positivista, constituir item respeitado no contexto científico contemporâneo.

que ocorre, porém, é que estes são em geral bastante ‘econômicos’ em relação as informações” (p. 75). De fato, ao observarmos as divisões internas ao laudo, notamos a ausência de algumas informações basilares, como o fundamento metodológico, a referência teórica e o tipo de procedimento utilizados para a realização do exame.

A pesquisadora organizou os dados coletados em um gradiente com as seguintes variáveis: histórico criminal, sintomas, apoio familiar, juízo crítico, comportamento, diagnóstico e parecer. Concluiu, dentre os resultados diversos encontrados: “os critérios mais utilizados na avaliação de periculosidade foram a presença ou ausência de sintomatologia produtiva e negativa, o comportamento do periciado na instituição, e a existência ou não de apoio sócio-familiar” (p. 77). Devemos reconhecer a equivalência dos eixos destacados por Mecler com o conteúdo por nós classificado. Adequam-se os eixos na medida em que podem ser verificados exatamente nas três partes acima apresentadas. Em ordem apenas trocada, nossa classificação divide o conteúdo precisamente em motivação do exame e breves considerações sobre o *comportamento*; exame e a inarredável tarefa de adjetivação *sintomatológica*; confirmação do prognóstico, cessação da periculosidade e *familismo*.

No estudo realizado por Mecler, mesmo dentre os três eixos preponderantes destacava-se, como indicador de periculosidade, o referente à sintomatologia produtiva e negativa, o que também é evidente nos laudos que estudamos, a exemplo desse exposto, para cuja conclusão os peritos valeram-se da sintomatologia que atesta a cessação da periculosidade.

Diante desse cenário semelhante ao que enfrentamos, Mecler encerra de forma alarmante: parece-lhe que a dinâmica de elaboração dos laudos obedece ao modelo estabelecido por Loudet, na década de 1930, cujo trabalho influenciara o próprio Heitor Carrilho, então diretor do manicômio judiciário fluminense. Atribui a isso as únicas duas formas a que os peritos declararam socorrer-se para conhecimento e qualificação de seu trabalho: o diálogo com os peritos mais antigos e a leitura dos Arquivos do Manicômio Judiciário, periódico com repercussão sobretudo nos anos 1930-1940 (MECLER, 2010).

Segundo Velo (2013), os laudos possuem a mesma originalidade dos últimos dois séculos, tornando-se os atuais, portanto, arcaicos no mesmo grau da resolutividade dos problemas que perseguem. O arcaísmo em questão é propriamente da psiquiatria, que padece de três atributos estáveis: o moralismo característico de sua história; a autointitulada capacidade de aferir a razão passada e predizer a futura do criminoso; a concepção de que o

transtorno mental tem necessária correspondência anátomo-patológica – o que é, vale lembrar, tipicamente pineliano. A volta ao tempo talvez nos ajude a compreender alguns porquês.

\*\*\*

Ao estudar “médicos, loucos e hospícios” no Rio de Janeiro de 1830 a 1930, Magali Engel (2001) informa que é nos anos 1880 que, com a afirmação da psiquiatria como ramo especializado da medicina, difunde-se a necessidade de se avaliar a capacidade civil. Se é desde os anos 1830 que médicos reivindicam o estabelecimento de um manicômio, muito se associava a loucura ao delírio, típica do povo circulante nos espaços públicos, em falas anedóticas e vestuário vexatório ou espalhafatoso. Visões lunáticas e fúria acompanhavam-se no significado da nova idéia de loucura – aquela ligada à noção emergente de doença. Contudo, na medida em que o saber médico se afasta do popular, o conceito de doença mental amplia-se perdendo parte dos significados da tradicional loucura.

Diferente da institucionalização europeia, as primeiras faculdades de medicina, ainda no século XIX, não conseguiam aproximar os estudantes do campo psiquiátrico-hospitalar no qual se encontravam pessoas cujos comportamentos eram por aqueles estudados. Segundo a autora, somente trinta anos depois de sua abertura, datada de 1852, o Hospício de Pedro II abriu as portas para a universidade. Mesmo assim, os trabalhos teóricos da segunda metade do século XIX são responsáveis por aproximar a loucura dos conceitos relacionados à doença mental, justaposição que, no Brasil, remete à secular distinção (teórica, sobretudo) entre delírios vesânicos e delírios febril e tóxico. Contudo, o atual estudo presente nessa dissertação propõe ao leitor a compreensão de que estamos vivendo a justaposição do que nomeamos *delírio psicoativo* ao delírio vesânico, tendo em vista esse se tornar até mesmo um tipo romântico de delírio frente aos nus e crus delírios heterogêneos que perfilam o público do IPF.

O século XIX nacional começou com a tímida presença da noção pineliana de hereditariedade e terminou com a elevação moreliana da hereditariedade ao grau de pungente determinante – ou característica – da loucura. Entram em cena, portanto, as populações e seus de códigos de conduta. Com Morel, o organicismo encontra mais fôlego, trazendo uma reaproximação com a medicina geral.

Na medida em que crescia a relação entre faculdades de medicina – sobretudo as pioneiras do Rio de Janeiro e da Bahia -, os estudos e pesquisas em psiquiatria galgavam importância nas associações de médicos e instâncias governamentais dos primórdios da saúde pública. Aí se incluíam as direções dos hospitais psiquiátricos que ainda cheiravam a tinta fresca. Quanto mais avançavam os atrasados estudos – sempre a irreduzíveis passos atrás da perseguida escola francesa -, mais tomava corpo um específico debate: a nomenclatura adequada da loucura na legislação e, por consequência, nos atos médicos. Enquanto os limites da loucura eram ultrapassados pelos da alienação mental – e multiplicavam-se as subdivisões de ambas categorias máximas -, grande parte dos psiquiatras protagonistas do processo histórico de disseminação científico-institucional desse campo de saberes enveredava para a abolição da expressão “loucos de todo gênero”, de crescente incômodo porque, a essa altura do campeonato, pueril e esvaziada de sentidos.

Segundo Engel, o jurista Raul Camargo, um dos que lideravam a querela em nome da modernização da gramática atribuída às pessoas que experienciavam as diversas dimensões do sofrimento mental e da loucura, ao se debruçar sobre o caso de uma moça que, no Rio de Janeiro do século XIX, era alvo de interdição civil, a despeito de defender sua aplicação aos idosos, pronunciava a revisão dos instrumentos jurídicos de enquadramento da loucura, pois, em muitos casos, ainda que o sujeito a vivenciasse, nem sempre carecia de outra pessoa ou instituição para gestão de seus bens. O contrário também era observado: pessoas que, mesmo não consideradas loucas, não reuniam condições de organização da própria vida.

Segundo a autora, “tornava-se imprescindível que o Código Civil não se mantivesse defasado em relação aos progressos da ciência psiquiátrica” (p. 141). Tratava-se, aí, de uma disputa localizada entre vitalistas (de orientação espiritualista) e organicistas (de orientação mentalista), arena em que os significados da loucura eram polarizados, respectivamente, entre o campo do delírio, furor, misticismo, e a seara da alienação, da doença – essa esfera, retrato dos ‘progressos’ acima mencionados e vanguardistas na defesa da nova gramática. É evidente o pioneirismo do debate no âmbito civil – localizado sobretudo no procedimento da interdição -, dimensão jurídica que devemos conhecer na medida em que, em oportuno momento desse estudo, também encontraremos em Foucault (2010) a aproximação entre os debates penais sobre periculosidade e as criações civis que contribuíram para a noção de risco e perigo.

Ao defenderem uma nosografia de especificidades, os psiquiatras organicistas passaram a entender como prudente a criação jurídica da interdição civil parcial para sujeitos que não necessitariam da tutela completa de seus bens.

Mas enquanto a inflexibilidade da lei persistisse, o perito não deveria hesitar, optando, segundo o Dr. Humberto Gottuzzo, “pela solução que melhor defenda a pessoa e os bens do anormal”, já que seria preferível submetê-lo ao cerceamento absoluto dos seus direitos civis – ainda que reconhecidamente excessivo em muitos casos – do que fugir da missão quase sagrada de defendê-los de seus próprios atos (ENGEL, 2001, p. 143).

Tão logo a promulgação do Código Civil de 1916 tenha retomado a expressão “loucos de todo gênero”, oriunda do código criminal de 1830, frente a um questionário que destinou aos médicos-legistas e psiquiatras, Raul Camargo obteve respostas que convergiam na desqualificação da nomenclatura, sendo gritante a necessidade de sua extinção. Ainda que a maioria não tenha defendido outra e única expressão, entre as variadas reações, o médico Afrânio Peixoto teria sugerido a “especificação de anomalias por grupo”, ao passo em que Franco da Rocha e Murillo de Campos sugeriram a substituição por “alienação mental”, como também Humberto Gottuzzo teria contribuído com “portadores de graves anomalias psíquicas”.

Ainda em 1920, mesmo com apoio da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal a documento enviado ao Congresso Nacional, e por comissão, já congressional, indicada pelo Instituto de Advogados, situação repercutida por jornais de grande circulação, a proposta de Raul Camargo – de substituição do termo e inclusão da interdição parcial – fora vencida pela ala conservadora do parlamento federal, liderada pelo deputado paulista Prudente de Moraes. Contudo, como efeito, dois expressivos decretos federais expedidos no ano seguinte, pelo paraibano presidente Epitácio Pessoa, inauguravam a nomenclatura “toxicômano” e tornavam esse público alvo da interdição parcial, com possibilidade de internação em estabelecimento especial. Em síntese, os decretos criavam dois perfis de toxicômanos e distintos destinos institucionais: os ébrios habituais e os que se encontrassem em “estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime” eram encaminhados para a Seção Judiciária do Sanatório para Toxicômanos; da seção comum fariam parte os “intoxicados pelo álcool, ou por substancia venenosa” por voluntariosa apresentação em juízo ou solicitação da família ou curador de órfãos.

Se em 1903, a Seção Lombroso, no Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, surge como a primeira seção para loucos em conflito com a lei no Brasil (BRASIL, 1903), em 1921, inaugura-se, por meio do decreto n. 14.831 (BRASIL, 1921b), o primeiro manicômio

judiciário no país, também na então capital federal, como aprimoramento daquela Seção oriunda do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro. Em 1954, o estabelecimento é rebatizado de Heitor Carrilho, nome do principal entusiasta por sua inauguração.

Porquanto seja recente a aproximação do campo intelectual com o campo hospitalar (apenas ao final do século XIX), trata-se de uma incipiente psiquiatria institucional que expande os debates nosográficos na medida em que ganha espaço a posição em favor da ampliação dos limites definidores da loucura. É nesse mesmo passo que, nos anos 1920, a medicina mental conquista prestígio nacional, fiada nas luzes higienistas e eugenistas do contexto internacional. Em outras palavras, a expansão da gramática da loucura calca-se, entre outras premissas, na importante constatação - obtida pelas categorias, digamos, “médico-dirigentes” do país - de que as classes sociais empobrecidas estariam em derrocada, desmoralizando o processo civilizatório e invadindo o tecido social urbano.

Com a ampliação da gramática da loucura cresce também a dificuldade de precisão diagnóstica, o que insta a categoria médica a descrever “os métodos e as técnicas mais adequados para a confecção de observações clínicas e de laudos periciais” (ENGEL, 144). Acerca dos novos métodos periciais, informa Engel:

Para o professor Henrique Roxo, por exemplo, o exame dos indivíduos suspeitos de alienação não poderia ser orientado por um “questionário fixo”: as perguntas deveriam ser formuladas de acordo “com cada caso clínico”, devendo haver, entretanto, “um método”, ou seja, “uma orientação comum”. Exercitando sua capacidade de apreender e interpretar os menores e mais imperceptíveis detalhes, o observador deveria, primeiramente, assinalar o aspecto geral do doente - sua configuração, estatura etc. - e definir sua fisionomia - expansiva, deprimida ou sem qualidades distintivas -, bem como o seu estado - calmo ou agitado, alegre ou triste -, atentando-se para o modo pelo qual ele respondia às perguntas. Os aspectos observados durante essa primeira fase do exame poderiam indicar a presença de traços degenerativos e/ou de marcas deixadas pelas alucinações. A próxima etapa, compreendendo procedimentos mais objetivos, referia-se à inspeção de todas as partes do corpo do paciente dando-se ênfase especialmente ao crânio, à face, às orelhas, ao nariz, aos olhos e à cavidade bucal (p. 145).

Ainda durante o exame, cuidadosa análise do funcionamento de órgãos e partes do corpo vitais objetivaria relacioná-lo às manifestações da alienação mental. Como última etapa, uma avaliação “mais subjetiva” ocupava o psiquiatra de pesquisar as condições de vida bem como realizar a “observação de sua memória, do seu modo de falar e do seu grau de inteligência” (p. 145). O falar era fundamental para o processo de aferição das emoções e capacidades de cognição. Tornar-se simpático ao periciando era uma diretriz metodológica

absoluta, para “deixar que ele fale” (p. 146). Conforme depuramos dos laudos, o que em parte expusemos acima, a avaliação do “QI”, o modo de falar, a memória sobre anteriores internações ou mesmo sua vida familiar quando criança, enfim, são elementos que confirmam a história dos esquemas periciais do início do século XX.

Contudo, ainda de acordo com Engel, as orientações não ressoavam perfeitamente na prática médica: os prontuários, ao contrário dos relatórios periciais, eram superficiais e incompletos. Nesse sentido, destacavam-se, gradualmente, os psiquiatras que assumiam a perícia, “proferindo pareceres, muitas vezes decisivos, sobre a capacidade civil e a responsabilidade criminal” (p. 147).

A relação com o sistema judiciário era pautada pelos simbolismos que, em via de mão dupla, mantinham-se com a população: o sinal dos tempos era veiculado pela mesma psiquiatria que, elitizada científica e socialmente, recuperava arcaicas visões sobre o sujeito indesejado de condutas moralmente reprováveis. Como tratou Jurandir Freire (1980), o que a psiquiatria do início do século XX imprimia era uma prática científica que carecia de sustentação cultural – ou tinha como lastro uma cultura que não era a brasileira. A colonialidade sobrevivia à Independência e à proclamação da República. Mas, se no âmbito civil, a relação psiquiatria-justiça cumpria regularmente um papel organizador dos bens e relações familiares, o contexto penal gerava desafios mais complexos aos protagonistas, haja vista que a intervenção não era nos bens, mas no corpo:

nesses casos, os médicos-psiquiatras e legistas tenderiam a assumir posições menos claras e mais ambíguas, marcadas pelo impasse entre a perspectiva humanitária em relação ao louco criminoso e a preocupação com a proteção da sociedade (ENGEL, p. 149).

O cumprimento desses desafios seria dado a partir de manuais que melhor orientassem os profissionais; manuais que, contudo, passavam a generalizar a atuação e o olhar psiquiátricos, elevando à tábula rasa a acuidade técnica desses médicos mentais, na contramão dos clamores de detalhamento de cada caso clínico.

Enquanto a legislação permanecia imóvel aos ventos do século XX, a psiquiatria remodelava-se conforme as forças desse saber imiscuía-se nos próprios estamentos jurídico-judiciários. Menina rebelde em casa farta, a psiquiatria regozijava-se no baile em que bonecos dançavam aos olhos do rei, sendo principal jurada, deveras ouvida em condição de minerva.

Diante do atraso da legislação e do arcaísmo das instituições, a vanguardista lente da psiquiatria pericial observava terras prósperas para sua afirmação: “o psiquiatra e o legista são revestidos do poder exclusivo de salvar as vítimas do obscurantismo dos demais saberes” (ibidem, p. 152).

Nessa turva e nebulosa relação com a justiça, o êxito psiquiátrico avançaria a partir das precauções dos psiquiatras na condição de auxiliares dos juízes. Assim, para não invadir a seara jurídica, sua análise pericial deveria ser a mais organicista possível, como também eivada de objetividade que dispensasse as explicações teóricas sobre o método e sua aplicação. O que se denominava objetividade compreendemos, atualmente, como carência de fundamento: nos processos que estudamos, os laudos padecem de ausência total de explanação sobre o método e o tipo de exame aplicado.

A predominância da vertente organicista entre os psiquiatras brasileiros do início do século XX possibilitava o diálogo entre diversas correntes europeias que inspiravam um tempo em que, constantemente, nasciam novas experimentações, dos testes de raciocínio ao exame laboratorial para aferição, por exemplo, de patogenia epiléptica. Embora de distintas origens na Europa<sup>42</sup>, fato é que a miscelânea brasileira se compôs em razoável solidez por dois aspectos-chave: a “ênfase nos estigmas físicos e psíquicos como indícios inequívocos da degeneração (...) e a obsessão pela hereditariedade considerada como o primeiro e o mais importante foco originário – logo, propagador – da alienação mental” (p. 161). É nesse compasso que as posições profissionais desembocam na assimilação das teorias eugênicas e higienistas. Elas repercutem, concretamente, na fundação das respectivas sociedades e ligas a partir de 1917, com a criação da Sociedade Eugênica de São Paulo, primeira no gênero na América do Sul, em obediência à teoria de Francis Galton, inglês que, primo de Darwin e dissidente de suas teorias, aportou suas primeiras teses no pensamento que consagrou como eugenia. O desembarque desses paradigmas criou certa distância – mas não ruptura – com o organicismo clássico em favor da aproximação do preventivismo, nova dimensão que passa a orientar a psiquiatria brasileira até os dias atuais. Sobre o desenvolvimento das idéias higienistas e eugênicas aprofundaremos na situação-limite 03 (*álcool*).

No decorrer do século XX, as diversas campanhas de combate às drogas no Brasil encontraram um porto seguro na corrente preventivista, que, por sua vez, ainda tentava emplacar a teoria periculosista pré-delitual, a ser melhor debatida na situação-limite 05

---

<sup>42</sup> Inclusive as escolas hegemônicas italiana e francesa, que, ao contrário daquela, não destacava os traços físicos como indícios de “anormalidade mental”, eram livros de cabeceira dos médicos brasileiros.

(*divergência entre direito e psiquiatria*). Afinal, em nome da prevenção – alinhada à defesa social –, a sociedade é elevada ao nobre grau de bem a ser protegido, por mais abstrata que seja. Tão abstrato quanto o caráter ofensivo do consumo de drogas, a começar pelo princípio jurídico-penal de que ninguém pode cometer crime contra si mesmo. Explica-se por outro: ninguém pode ser vítima e autor do mesmo delito. O preventivismo ligado às drogas é uma questão que também se relaciona com os diagnósticos psiquiátricos. Nos laudos que estudamos nomeada “conceituação diagnóstica”, a hipótese diagnóstica forjada traz um rol de expressões que vale adentrarmos.

Dos nove processos, em seis, os laudos portavam exclusivamente o quadro de transtorno relacionado às drogas: transtorno mental e de comportamento em decorrência do *uso de múltiplas drogas*, dependência de *drogas*, transtorno mental e comportamental devido ao *uso de drogas*, transtorno mental e de comportamento devido ao *uso de álcool* e transtorno mental e comportamental *associado ao uso de álcool*. Em dois houve uma combinação (comorbidade) com outros transtornos: episódio *depressivo* e transtorno *antissocial*. Um dos laudos nomeou como hipótese apenas transtorno de *personalidade* e de comportamento devido a *doença, lesão e disfunção cerebral*, associando-o ao uso de álcool.

Dos seis laudos que fazem indicação de modalidade de tratamento, em quatro processos, há indicação de acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), modalidade especializada e estratégica de natureza comunitária, que articula outros serviços e bens junto a seus usuários e familiares, em caráter emancipatório, para além do campo da saúde mental. É serviço referência da reforma psiquiátrica brasileira. Portanto, nos laudos, se a atribuição de predição da periculosidade denota um arcaísmo conservador, de outro lado, o prognóstico em favor do tratamento comunitário sinaliza um possível avanço que, ao que parece, nem mesmo o sistema de justiça identifica.

É possível conviverem as duas visões teoricamente incompatíveis? Nos laudos, encontramos o debate moralista e definição diagnóstica positivista sobre drogas, a organização das informações imanentes ao crime e sua associação ao modo de vida, o destaque para hereditárias, a descrição da postura do sujeito durante a perícia; em outras palavras, o laudo é repleto de informações dedicadas a delinear o virtuoso louco infrator. Informações de vocabulário simples e, no mesmo texto, científico. Informações organizadas no sentido simplista e generalista (*drogas associadas a medicamento levam ao crime, o uso desmesurado de álcool gera perigo a si e à sociedade* etc). Também as tendências de se identificar hereditárias têm um caráter generalista, e a escrita possibilita a formação de

preconceitos judiciais ao ponto de, mesmo não se confirmando transmissão vertical de determinado transtorno mental (até porque não há registro atual de método que garanta atingir esse objetivo), a mera informação de que *a mãe já fora internada* produz um imaginário processual que veicula um tipo de enunciado imbatível.

Salo de Carvalho (2011) atenta-se a um importante aspecto da reforma de 1984, no que diz respeito ao discurso psiquiátrico-disciplinar: na medida em que, nesta oportunidade, fundou-se um modelo baseado na Nova Defesa Social, fez parte das novidades a produção discursiva distinta do direito e da psiquiatria, “autoproclamado criminológico que, apesar da absoluta carência epistemológica, era altamente funcional” (p. 191). Essa invasão evasiva de elementos plenos de vazios conceituais passa a orientar, ao que parece, as posições jurídicas e psiquiátricas de condução dos processos em análise. Ainda que – e, por vezes, justamente porque – o ato de julgar não esteja adstrito ao laudo pericial, independentemente de consonância ou dissonância entre os saberes, tem ocorrido o que Carvalho denota como uma “situação de irrefutabilidade de hipótese”, na medida em que um certo absolutismo periculosista obstaculiza ou é refratário a outras abordagens dos fatos e das subjetividades.

Talvez a resposta para a pergunta sobre a convivência de visões teoricamente incompatíveis seja negativa: tão inviável parece ser o convívio que a indicação de CAPS não demonstra força enunciativa para mudar a rota discursiva que rumo para o calabouço. O serviço simplesmente inexistente em qualquer outra fala no processo. Se as demais forças – e, viremos na situação-limite 4, a defesa também – conduzem para o mesmo sentido e direção, aliás, já instituídos, como promover uma ruptura que reposicione a prática judicial no sentido da garantia de direitos humanos dessa população? Exemplos da força dessa direção manicomial são também as sentenças judiciais que internam em detrimento dos laudos que indicam acompanhamento comunitário, o que exploraremos melhor na situação-limite 05 (*divergência entre direito e psiquiatria*).

Como afirma Velo (2013), “não é verdadeiramente médico o conteúdo de alguns laudos psiquiátrico-forenses quando desafiam a problemática da imputabilidade penal ou quando tentam discursar sobre a perigosidade” (p. 253). E adverte o autor, “o problema não é de honestidade, mas metodológico” (p. 259). A dimensão forense da psiquiatria vê-se diante da autoafirmação a partir do patológico, tendo de responder às clássicas e inviáveis questões sobre se o sujeito agiu com liberdade de vontade e se é perigoso. Compromete-se, logo, com a defesa social do século XIX. Não é nem a serviço da doença que trabalha a psiquiatria forense, como tratam os contra-reformistas Taborda, Abdalla-Filho e Chalub (2012),

expoentes organicistas desse ramo da medicina: “O perito precisa saber movimentar-se nessa interface, pois é aí que reside a arte e a peculiaridade do ato pericial: ato médico exclusivo e de excelência, porém não a serviço direto de um enfermo, mas à causa da Justiça” (p. 14). Por que e como se dá o papel pericial de servir à causa da justiça oferecendo-lhe, numa bandeja, um sujeito que cometera um crime e utilizara drogas, eventos que não necessariamente estabelecem nexo de causalidade?

\*\*\*

Renata Dornelles (2012) conta-nos que em 1854, o francês Marc Déspine<sup>43</sup> já apresentava, em sua lista de doenças que causavam morte, o alcoolismo por envenenamento. A proliferação de várias listas ao redor do ocidente ensejou, segundo a autora, em 1893, a criação da primeira Classificação de Causas de Morte, na qual figurava o “alcoolismo crônico ou agudo” (p. 193). Ao mesmo tempo em que se engrandecia a lista de doenças que resultavam em morte, construía-se uma gramática sobre doenças que poderiam ser classificadas como mentais, dentre as quais, a partir de 1931, o alcoolismo, por autoria da inglesa Royal College of Physicians. Com o segundo pós-guerra e a criação da Organização Mundial de Saúde, esse documento é substituído pela conhecida Classificação Internacional de Doenças (CID), que inova, em 1948, ao incluir doenças mentais e doenças que não resultavam em morte. É nessa época que a Associação Americana de Psiquiatria cria o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Correlato à Classificação Internacional de Doenças (CID, na atual décima edição CID 10), o DSM I foi publicado em 1952, ao tempo da CID – 6, resultante, por sua vez, de um aprimoramento das demais CID, e elaborada pelo exército estadunidense no pós-guerra. Por conta do sofrimento fruto do contexto bélico, nessa edição se incluem os *transtornos mentais*, paralelamente à inserção de “abuso de drogas” (DORNELLES, 2012). Anos depois, o DSM II modernizou o ambiente com o aperfeiçoamento da metodologia de identificação dos quadros clínicos. A CID-9, de 1977, e o DSM III, de 1980, promovem a substituição do *abuso* por *dependência*. Em 1987, a Associação Psiquiátrica Americana publicou a revisão do DSM III.

<sup>43</sup>

Lista

disponível

em

<[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jR3rkU4hJhIJ:www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_687177763.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:jR3rkU4hJhIJ:www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_687177763.doc+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em 10 maio. 2019.

O DSM IV fora publicado em 1994, com o patrocínio de alguns institutos voltados às pessoas com *dependência* de drogas, tais como o Instituto Nacional de Saúde Mental, Instituto Nacional para Abuso de Drogas e Instituto Nacional para Abuso de Álcool e Alcoolismo, todos dos EUA (BATISTA, 1995). Na atual CID-10, de 1993, incluíram-se os *transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa*, para cuja configuração, em tese, não basta o mero consumo social. Ambos documentos têm forte influência dos saberes estadunidenses voltados à psiquiatrização do uso de substâncias psicoativas, e é uma produção internacional que reverbera nas práticas brasileiras de atenção à saúde mental. Devemos ter em conta que a produção nosográfica durante o período 1970 a 1990 foi influenciada pelo paradigma de *guerra às drogas* defendido pelo governo estadunidense, sobretudo durante o governo Nixon. Da mesma forma que, após a Segunda Grande Guerra, interessou aos EUA a reorganização diagnóstica para contemplar seus pracinhas comprometidos pelo trauma fruto dos combates, três décadas depois, seu governo nomeia as drogas como maior inimigo da nação, tornando-se, assim, um importante tema de política externa para os novos documentos psiquiátricos. Em paridade com a guerra a algumas drogas, outras brotaram da agenda farmacológica internacional e alavancaram uma empoeirada agenda psiquiátrica que, após anos 1950, descobre na dimensão química do sistema cerebral o pote de ouro<sup>44</sup>. Daí em diante, formam a fila para o trampolim financeiro os psiquiatras e associações médicas alinhadas com multinacionais farmacêuticas que se defendem sob os escudos da depressão, esquizofrenia psicótica, transtornos de hiperatividade e... uso de drogas. Logo, também se multiplicam nomenclaturas diagnósticas relacionadas a esse hábito inebriante.

O DSM V foi publicado em 2013. Conforme apontam Araujo e Lotufo Neto (2014), "a principal crítica acerca do DSM-5 é de que esta classificação tornou-se pouco criteriosa fazendo aumentar o número de pessoas que podem ser diagnosticados (sic) com algum transtorno mental" (p. 82). Além, reiterada afirmação das nomenclaturas e a ampliação de seu espectro ao longo das edições especialmente da CID promoveram uma aceitação automática de um valor prévio, uma premissa moral e organicista: o uso de drogas tende a ser nocivo, negatividade do hábito que ganhou importantes páginas das listas de transtornos mentais atuais (ROSA, 2012). Resta ainda a questão da adequação do diagnóstico ao sujeito.

---

<sup>44</sup> Muito mais sobre isso em extensa matéria escrita pela médica estadunidense Marcia Angell, presente na revista *Piauí*, edição 59, agosto/2011 (PIAÚÍ, 2011).

Médicos/as são instados/as a adotar, em rol fechado, uma hipótese clínica que oriente o próximo passo, o tratamento. Com relação ao uso de drogas associado à prática criminal, parece não haver escapatória, dado que, na medida em que a incontestabilidade do evento crime e do evento uso de drogas é demonstrada ao longo do processo, é inescapável a vinculação de ambos eventos. Mais que isso, é automática a sobrevalorização do evento uso de drogas a justificar a inserção do sujeito na prática criminosa e, assim, no itinerário institucional de segurança. Uma vez compreendido que o método clínico não estruturado é o seguido nos processos estudados, é evidente que os subjetivismos cercam a realização do exame, infectado de conotações valorativas e morais que não se arvoram em padrões ou protocolos baseados em evidência.

Entre *uso nocivo*, *transtorno*, *síndrome* e *dependência*<sup>45</sup>, sobram divergentes laudos psiquiátricos, o que se agrava ainda mais no processo criminal, em cujo período inicial, breve, o/a juiz/a pode determinar a internação provisória. Conforme lembra Rosa (2012), a CID considera o *uso nocivo* de drogas uma dependência incurável e progressiva. Ademais, aumenta a dificuldade de precisão – necessária ao direito penal – sobre o momento em que sobressai o transtorno, em relação ao momento da prática criminal. E sobre isso também necessitamos apontar uma questão fundamental: a perícia realiza o passado, presentificando-o ao arriscar dizer sobre um surto psíquico havido ao tempo da prática do crime. Como é possível certificar a coincidência dos acontecimentos? Bem, essa não é uma questão aprioristicamente importante para o andamento do processo, sob pena de se o estancar e, assim, fissurar o sistema inquisitório penal. Se da perícia for subtraída o poder de adivinhação pregressa – como também a futura –, a fratura institucional colapsa o sistema de provas no contexto das medidas de segurança. Ainda que abandonemos essa questão, surge outra: como pode a perícia definir, para além do quadro diagnóstico, os futuros momentos de crise? Essa pergunta importa na medida em que são os surtos que preocupam a medicina mental desde os tempos em que passou a significar a loucura como doença. A tolerância sobre a enfermidade passiva sempre jogou para escanteio as pessoas que transitam emudecidas por nossas vidas. Mas e aquelas que *aprontam*? É dessas que se produziu medo, a ser superado também pela via penal. É o medo que orienta a leitura periculosista. É o medo que gera surpresas indesejáveis.

---

<sup>45</sup> Rosa (2012) recorre ao historiador de drogas e alimentos Henrique Carneiro, segundo o qual, no contexto nosográfico, o conceito de dependência de drogas talvez seja o mais polêmico do século XX. E pergunta: “afinal, o que é a dependência de drogas? Hábito, vício, necessidade, desejo, vontade” (p. 100). Contudo, para o normativo psiquiátrico, abuso é a palavra que mais dialoga com a noção de dependência.

E o medo, assim, passa a ser veículo útil para a governamentalidade, como trata Alyne Silva (2015, p. 70):

Por fim, o medo, “móvel amargo e inconfessável dos sujeitos históricos”, sentimento atrelado a uma fraqueza humana quase sempre inadmissível ou indizível, é o elemento chave de bloqueio da afetibilidade dos corpos, porque se transforma em motor para a produção de saber e exercício de poder que resultam na constituição de sobrevidas moduladas aos modos capitalísticos de ser. Subjetividades capitalísticas engendradas em jogos de verdade que mascaram o medo como instrumento de manutenção das relações de poder na estruturação das práticas punitivas e arbitrárias de controle social contemporâneas.

A complexidade do processo pericial de identificação dos tempos da crise e do crime se torna infinita tanto quanto a busca da menor parte possível de um intervalo de tempo ( $\Delta t$ ), o que resulta em um ponto indecifrável no tempo. Talvez seja essa *indecifrabilidade* a tônica da verificação do transtorno no contexto do delito. E, no de uso de drogas, segundo Dornelles, ocorre uma

superposição de dificuldades. O transtorno pode derivar diretamente da infração, o que não ocorre nos demais tipos penais. Há uma complexidade agregada em se saber se o transtorno é causa ou consequência do consumo de substâncias psicoativas, ou ainda as duas coisas (p. 196).

Se, pela lei específica, o princípio do tratamento estatal ao usuário de drogas for a reprimenda em liberdade, não caberia a medida de segurança de internação, nem mesmo com base no diagnóstico relacionado aos psicoativos enquanto enseja um *prognóstico judicial* que atrela a periculosidade ao consumo das substâncias – e não exclusivamente a outro crime.

Correia de transmissão da mensagem da psiquiatria para o/a juiz/a, o laudo pericial ocupa um lugar de destaque porquanto veicula discurso de verdade, dado seu estatuto científico, sua moldura sacra. O laudo materializa uma próspera comunicação ao iniciar o julgamento e, dentre os casos analisados, um tipo de condenação que vigora no entre, no intervalo, no depois do avental e no antes da toga. Antes das batidas de martelo sobressai um sujeito já martelado. O laudo acompanha o crime, tornando-se um “dublê” entre ele e o comportamento, que se constituem dobramentos a partir do momento em que a perícia faz do sujeito seu objeto (FOUCAULT, 2002). O laudo de sanidade mental abre as cortinas de um espetáculo já ensaiado, cujo fim apenas os atores sabem, e para o qual percorrerão, necessariamente, todo o encadeamento da trama, num ritual-enredo que posiciona e

reposiciona todos os envolvidos em convergência com o fim. É completamente voltado ao encerramento da peça. Qualquer ruído que possa aparecer não terá o condão de suspendê-la. Não são, portanto, as indicações de CAPS que suspenderão o caminho tortuoso e inevitável da absolvição penal pela condenação moral.

O laudo baseia a decisão judicial, mesmo quando seus conteúdos apresentam posições opostas. É em um que o outro consiste. Simbiótica, a relação condiciona a existência de um à do outro. O laudo cria uma verdade a partir da criação de um sujeito, objeto do examinador. A verdade criada não basta nas informações contestadas pela justiça, pois está para além do textual. A verdade é a científica, o símbolo que organiza os próximos dizeres sobre o itinerário institucional de segurança. Ao tempo em que o/a juiz/a adota o símbolo, eventualmente, contestando partes por ele/a julgadas imaturas. Não se trata de confrontar os textos de ambos, mas, mais que isso, verificar que o laudo os amalgama (juízo e perícia), independentemente das palavras que veicula. Vimos que o processo anda por si e para a direção que a presença da perícia dá – mas não o texto pericial, e sim, reitera-se, a existência daquele outro, que justifica a existência da decisão final.

**5.5.3. Situação-limite 03.** Adição, pelos peritos, de outras drogas a partir do enquadre do uso do álcool.

- **Questão recorrente.** Seria a criminalização do álcool a porta de entrada para a criminalização das outras drogas?

Entre outras questões que se destacaram nos processos, detiveram-nos trechos que apresentavam uma tônica na questão do uso de álcool, seja porque foi uma substância comumente relacionada aos diagnósticos psiquiátricos (tônica objetiva), seja porque ela esteve na fala de todos os envolvidos em cada processo (tônica subjetiva). Encontramos o álcool em posição repetida: abre a descrição do perfil imoral do sujeito acusado, como também promove o desfecho, o arremate narrativo. Outro momento que muito nos chamou atenção foi a reiterada localização do álcool na via de crescente assujeitamento: o manejo discursivo da substância impulsiona a criminalização pelo consumo das outras, as propriamente criminalizáveis. É como se o enquadre pelo uso do álcool induzisse ao enquadre pelo de ilícitas, via de consolidação do itinerário institucional de segurança.

Assim é que vemos processos iniciados com peças que informam apenas o consumo etílico, e que, depois de alguns andamentos, a essa informação justapõem-se outras dedicadas ao uso de substâncias ilícitas – ou, propriamente, à *dependência* delas. Em trânsito, o processo é alvejado de novidades diagnósticas que não tiveram origem nas falas do sujeito ou testemunhas, mas tão somente do olhar pericial.

Apresentaremos excertos de alguns processos analisados em que o tema do álcool parece relevante por suas tônicas objetiva e subjetiva. É dizer, processos que veiculam itinerários de segurança em que o *uso do uso de álcool* agrava a situação diagnóstica e constitui uma das balizas discursivas do percurso institucional dos sujeitos. Dois processos veiculam esse escalonamento (*do álcool para outras drogas*), aos quais acrescentamos três cuja centralidade está localizada apenas no álcool, de início ao fim. Assim, adensamos a situação-limite com conteúdos que se entrelaçam mais aqui do que em outros recortes ao longo da pesquisa.

Os excertos apresentados não encerram os elementos que nos auxiliam na análise, pois também acompanhados de outras questões que compõem as práticas discursivas para além da palavra *álcool*.

#### a. DPS

Acusado por prática de roubo no interior de ônibus urbano, conforme descrito na sentença judicial, a defesa fez das falas de D. a seguinte argumentação: “o imputado é uma pessoa com problemas emocionais e que toma remédio controlado e já fez tratamento médico para depressão” (processo de DPS, sentença judicial, p. 02). Ainda segundo a defesa, “na noite do delito, havia ingerido bebida alcoólica e não teve a noção do ocorrido” (idem, p. 03). E pede absolvição seja por falta de provas, seja porque, em caso de comprovação da autoria, o cliente, por ter bebido, “não teve a noção do ocorrido”. Ao confessar em juízo, quebrou o postulado dos próprios defensores ao justificar que cometeu o crime “por necessidade” e que os “objetos surruiados já foram devolvidos”. Em um ato oracular, segundo a sentença, “**revelou** que já foi internado por síndrome do pânico e toma remédio controlado. **Esclareceu** que estava embriagado no momento da ação” (destaque nosso, ibidem). Já a testemunha “alegou que o inculminado apresenta sintomas de embriaguez”. Por fim, a sentença ainda informa que “os expertos concluíram que o imputado entendia o caráter ilícito do fato, porém, **não tinha condições de autodeterminar-se de acordo com esse entendimento**” (grifo do

original, *ibidem*, p. 06). Depois de citar o artigo do Código Penal compatível com esse grau relativo de autonomia atribuído a D., detalha o laudo ao trazer o diagnóstico apontado: **transtorno mental e comportamento decorrente do uso de múltiplas drogas CID 10 F 19**, devendo ser, para os peritos, declarado inimputável. Depois de acrescentar ementa de outro julgado (em apoio sobre a jurisprudência, conjunto de decisões num determinado sentido e posição) na qual constava inimputabilidade em razão do uso de álcool, declara a inimputabilidade absoluta e impõe medida de segurança de tratamento ambulatorial, pelo período mínimo de um ano, dado que “o laudo médico informou que o acusado **não apresenta periculosidade para a sociedade**, desde que se abstenha do uso de álcool e drogas ilícitas e dê seguimento ao tratamento” (destaque do original, *ibidem*, p. 07).

Em nova denúncia do Ministério Público, exarada cinco anos depois, D. fora acusado de cometer novo crime: “apresentando sinais de ingestão alcoólica (...) com uma peixeira em mão”, tentou um assalto, o que confirmado por policial no auto de prisão em flagrante. Diante disso, é mantido preso preventivamente em unidade prisional comum. Na sentença desse novo processo, juiz afirma que “o réu **embriagou-se** preordenadamente para assaltar, tendo premeditado o delito (...) demonstrando frieza e **periculosidade**” (destaque nosso, sentença judicial, p. 05). Condenado. Durante o andamento desse processo, D. já tinha sua medida de segurança ambulatorial sido convertida para a modalidade de internação, em cumprimento no IPF, pelo prazo de um ano. Após meio ano de internação, exame pericial fora realizado. Seu laudo expõe que “sobre o uso de drogas afirma que ocasionalmente ingere derivados etílicos em festas. Nega uso de drogas ilícitas. Não apresenta sintomas de abstinência e tolerância. Nega prejuízo funcional decorrente do uso de substâncias” (laudo pericial, p. 05). No item “Histórico do delito segundo o periciando”, nas três linhas dedicadas a captar o que teria dito, D. teria afirmado que “tava embriagado e não tinha tomado meu remédio” (*ibidem*, p. 05). Ao fim, a perícia, que rediscutiu o primeiro crime, concluiu, ao contrário do primeiro laudo, feito à época daquele delito, pela “ausência de diagnóstico de interesse psiquiátrico forense” (*ibidem*, p. 06).

## b. ACMP

No interior do fórum judicial onde desejava obter informações sobre eventual suspensão de seu benefício social, ACMP fora acusado de tentar roubar a arma de policial e a agredir. Interpelado por outro policial, A. teria corrido para fora do fórum e danificado um

orelhão, um carro do Ministério Público e uma motocicleta de funcionário do órgão. No auto de prisão em flagrante, lavrado na delegacia a seguir aos fatos, A., além dos detalhes do conflito, diria “ter problemas mentais” (processo de ACMP, guia, p. 10) e que quis pegar a arma da policial, dentro do fórum, para se matar. No Relatório final da delegacia, apresentado ao Ministério Público, o delegado informa que A. “apresentava fortes sinais de debilidade mental” e que teria alegado que estava “sob efeito de álcool”, motivos pelos quais solicita a realização de “exame médico-legal” (guia, p. 16).

Segundo o laudo, A. “encontra-se revoltado” porque a mãe demora a lhe repassar o benefício assistencial. Chamada à perícia, a mãe relata: “era uma pessoa normal, até que apareceram essas crises e ninguém soube da causa”. O primeiro internamento fora justificado por depressão, após o qual ocorreram mais de trinta. Chegou a receber oito injeções de conteúdo desconhecido. Por tudo que presenciou nos hospitais, tentou suicídio. Segue o laudo: “é tabagista, e ao fazer uso de substâncias etílicas, vinho e cerveja, ficava tranqüilo”. Recupera histórico de “vandalismo (quebrava objetos nas ruas, piorando quando estava embriagado)”. “Várias vezes, usou maconha e tinner, **dizendo ter sido por curiosidade (sic)**” (destaque nosso). Informa que o crime foi feito após beber vinho e cerveja. Resultado do exame: “sem maiores alterações do psiquismo, não é agressivo e tem bom relacionamento (...) a razão maior de sua desestruturação foi o uso de **drogas ilícitas e bebidas alcoólicas**” (destaque nosso). A perícia contextualiza a interação química entre usos de medicamentos e bebidas: “é do nosso conhecimento que a medicação controlada aliado ao uso de álcool desagrega a pessoa até o cometimento de delitos contra si e a sociedade” (guia, p. 18-19). Proferido diagnóstico: **Dependência de drogas (F 19.0) + Episódio Depressivo (F32.0)**. Conclusão: “o periciando é portador de um transtorno mental (Dependência de drogas), e nos períodos das drogas no organismo, todas as suas funções cognitivas são comprometidas”. Sugere inserção no CAPS AD, Programa Saúde da Família e “tratamento ambulatorial” (parecendo que os peritos o diferem das duas estratégias comunitárias anteriores). Segundo os peritos, era capaz de entender o crime mas não de autodeterminar-se.

Em interrogatório frente à juíza, disse que “no dia do fato tinha tomado Amplictil e Fenegan e também umas 04 garrafas de vinho; não usa nem maconha nem crack”, e assegurou que “tem consciência de que não pode deixar de tomar remédio” (guia, p. 26).

Da sentença extraímos os seguintes trechos: ACMP tem “conduta social desregrada”, com “disposição autodestrutiva”. Semi-imputável, com “periculosidade patente” (guia, p. 36). Informa que o diretor da cadeia pública onde ele estava sugere internação imediata pois o

medicamento não faz o efeito desejado. Decreta medida de segurança de internação, a despeito de o laudo sugerir tratamento ambulatorial, divergência da qual a indicação administrativa de diretor penitenciário saiu vencedora, o que analisaremos no item da situação-limite 5 (*divergência entre direito e psiquiatria*).

Dois anos depois, exame realizado resulta em laudo que, para fundamentar a verificação de cessação da periculosidade e sugestão de encaminhamento para a família, revela que A. “nega usos de substâncias etílicas” (laudo, p. 02). A seguir, mais alguns laudos são produzidos até a extinção da punibilidade, sem, contudo, nenhuma menção ao uso de substâncias psicoativas.

### c. GGB

Na denúncia da promotoria, GGB fora acusado de ter agido com violência perante sua esposa e filhos, bem como gerado danos ao patrimônio da residência. Mas não há menção ao uso de drogas. Contudo, ordem judicial determinou realização de exame pericial, cujo laudo informa que data dos 14 anos de idade “o início do uso dos derivados etílicos, inicialmente de modo moderado e depois de forma mais freqüente e imoderada, chegando a ser detido diversas vezes por desordem ou embriaguez” (processo de GGB, guia, p. 08). Afirmar ainda que G. nega uso de drogas ilícitas e diz que “não há abstinência”, mas que “ainda na data de hoje usou bebidas alcoólicas” (ibidem, p. 08). Chamada à perícia, a mãe informa que “ele bebe diariamente e que já há certa dificuldade em conviver com ele” (ibidem, p. 08). Diagnóstico: **Transtorno Mental e de comportamento devido ao uso de álcool – síndrome de dependência grave. F10.2 + F19.2**. Conclusão: “história típica do quadro de dependência”, sendo que “o uso crônico, crises de abstinência e a incapacidade de interromper o uso completam o quadro de dependência química (...) configurando-se em verdadeiro transtorno mental. Manter-se em abstinência, definitivamente” (ibidem, p. 08). Declarada a inimputabilidade.

Sobre a questão, a sentença avança: reafirma que G. estava embriagado durante os fatos apurados, significando o quadro uma doença mental em razão da qual estava “inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito” (guia, p. 13). E decide: “a internação se justifica em razão de o censurado ser alcoólatra e não ter condições de comparecer nos dias fixados para tratamento ambulatorial (...) e já ter tentado seu tratamento, contudo, sem êxito” (ibidem, p. 13). Determina internação de, ao menos, um ano.

Quase um ano e meio depois, perícia realizada informa que G. fora internado por fazer uso de múltiplas drogas, o que se contrapõe a todas as falas presentes no processo, que haviam mencionado apenas o uso de álcool. Atribui-se o sucesso à medicação somada à abstinência. Atestam cessação da periculosidade e sugerem encaminhamento para o CAPSad e Alcoólicos Anônimos.

Apesar de, após um ano de internação, o laudo sugerir liberação, novo laudo surge ao fim de dois anos de sentença judicial, fazendo crer que ainda estava internado. Laudo de texto igual ao do anterior. Mesmo teor é inserido em laudo seguinte, dois meses depois.

#### **d. JBS**

Na denúncia da promotoria, JBS fora acusado de tentativa de estupro e, com a vítima desvencilhada, “no intuito de intimidar a família, matou o cachorro da casa a pauladas, demonstrando imensa crueldade contra animais” (processo de JBS, guia, p. 03). Informa que o incidente de sanidade mental apontou para capacidade absoluta, omitindo que o laudo, segundo a sentença judicial, teria indicado ser capaz para entender a ilicitude, mas incapaz de autodeterminar-se conforme o entendimento, designando-se a semi-imputabilidade. Contudo, ao longo do processo, o Ministério Público posicionou-se pela medida de segurança, tendo seu pedido de nova perícia acatado: realizada, os novos peritos indicaram medida de internação, que restou aplicada, em 2004, sem tempo mínimo.

Sem as peças iniciais da perícia disponíveis no processo eletrônico, vamos diretamente ao laudo que fundamenta o pedido de desinternamento condicional, dois anos depois da sentença. Informam os peritos que, embora seja “portador de alcoolismo com distúrbio de conduta”, apresenta “boa resposta terapêutica”. Por fim, atestam a cessação da periculosidade, condicionada a liberação ao “tratamento de apoio junto ao (AA) de sua localidade a fim de permanecer abstêmico” (histórico, p. 4).

A decisão judicial de liberação, assim, concede a saída, contudo, aumenta o rigor de controle determinando que siga com “tratamento ambulatorial de apoio por toda sua existência, sob custódia familiar” (p. 12). Dois anos depois, em 2008, JBS é detido sob a acusação de ter realizado novos crimes nas redondezas de onde vivia, sendo apontado pela promotoria, com base em novo laudo, que sua periculosidade jamais fora cessada - o que, a nosso ver, seria verificável caso, nesse intervalo desde sua liberação, fosse cumprido o

calendário de exames psiquiátricos para validação (ou não) do atestado dado em 2006. Novo laudo, de 2009, historiciza que JBS fora submetido a exames que atrelaram seu quadro clínico sempre e apenas ao uso de álcool: em 1995, “portador de alcoolismo habitual”; em 1997, “alcoolismo + distúrbios de conduta”; em 2003, “alcoolismo + distúrbios de conduta”. Acrescentam que, no período de 1995 a 2008, fora submetido a inúmeras internações, sem melhoria nas relações familiares por conta dos “sérios distúrbios comportamentais dos quais é portador agravado pela ingestão de álcool” (laudo, p. 3). Novo diagnóstico: **Transtorno mental e comportamental associado ao uso do álcool F 10.0 CID 10**. E concluem ser um “paciente portador de sérios distúrbios de conduta e caráter agravado pelo uso do álcool em que se torna extremamente perigoso daí não ter condições de convívio social por não controlar o ímpeto e a insaciável sede de embriagar-se” (ibid., p. 3). Finalizam respondendo, em um dos quesitos, que o quadro é irreversível.

#### e. MFC

MFC fora denunciado a partir da seguinte leitura ministerial: durante o dia em que “passou horas bebendo cachaça em companhia de dois amigos (...) bebiam e dançavam ao som de músicas animadas, enquanto a vítima e esposa estavam dentro de casa” (processo de MPF, guia, p. 4). “Ao término da bebedeira”, seu pai fora desligar o som, o que gerou conflito no grupo, vindo MFC a ferir com faca a própria perna. Com pedaço de pau, o pai aproximou-se para demover o filho da autolesão, o que motivou o mais novo a lhe direcionar a agressão, perseguindo-o e ferindo-o até a morte.

Na sentença, conta-se que MFC negara a autoria. Em aparente contraponto valorativo, utiliza-se da versão da mãe segundo a qual “fazia 14 dias que ele bebia sem parar” (ibidem, p. 07). Segundo a juíza, “restou claro a esse órgão julgador que o réu sofre de deficiência mental, possivelmente decorrente de anos de uso contínuo de bebidas alcoólicas, que o tornaram incapaz de entender o caráter ilícito de sua conduta ou de autodeterminar-se” (ibidem, p. 11). Encerra-o no IPF pelo prazo mínimo de três anos.

Laudo expedido dois anos depois informa que MFC não fazia uso de medicação controlada, nem de drogas ilícitas, mas apenas de álcool, até ser preso, quando passou a tomar psicotrópicos. Em outro momento do laudo, os peritos dizem ouvir de MFC ser “etilista”: “Conceituação Diagnóstica: F 10.0 CID 10 – Transtornos mentais e de Comportamento decorrentes do uso de álcool – atualmente abstinente” (defesa, p. 04). Definem ter “alcoolfilia

(...) necessidade irresistível de álcool (dependência)”, ressaltando que ocorre em “bebedores habituais”. Prognosticam que a “assistência far-se-á pelos esquemas de atendimento a alcoolistas ou em ligas abstinências (sic)”, mas ressalvam “importância crescente” dos CAPSad, bem como AA. Encerram:

os alcoolistas pouco esclarecidos serão internados para desabitação em Clínicas Psiquiátricas, o que não acontece com o caso em discussão, por já ter sido bem orientado nesse período que aqui vem permanecendo, portanto cessada sua periculosidade (ibidem, p. 4).

Com o aval da perícia, a juíza determina sua liberação dois anos depois de ser internado, condicionada, como em outros casos que estamos conhecendo nesse estudo, ao “tratamento ambulatorial, bem como frequentando o CAPS AD ou AA, **pelo restante da vida**” (destaque nosso, desinternamento condicional, p. 2). Depois de mais dois anos, novo laudo com o fim de atestar a possibilidade de extinção da punibilidade: mantêm a sugestão de continuidade no CAPS, “devendo ainda ser custodiado pelos familiares a fim de manter-se abstinente do uso de derivados etílicos pelo restante da vida” (laudo de extinção da punibilidade, p. 2). Medida extinta apenas dois anos depois, em 2018.

### **Em análise**

Sabemos que, no Brasil, o álcool é a substância psicoativa de maior consumo nas diversas faixas etárias, sobretudo nas mais jovens (CEBRID, 2004; CEBRID e SENAD, 2010; BRASIL, 2010b; THEINTERCEPT, 2019). Sua imunidade perante os proibicionismos pode ser encarada menos como causa e mais como consequência do uso habitual, cultural e socialmente diversificado ao longo dos séculos pré e pós-chegada portuguesa. Por essa razão, chama atenção o fato de ser associado – e, do ponto de vista psiquiátrico, a principal causa da intervenção estatal – à prática criminosa, revestindo-a de outra roupagem, a da exceção em uma das regras disciplinares: loucos encerrados no cárcere. Alarma não somente por ter a substância o condão de redirecionar o processo criminal e suas consequências, mas porque, no gradiente sócio-político das drogas, é um psicoativo lícito. Dessa forma, torna-se uma exceção também na reflexão que fizemos no início desse estudo, de acordo com a qual o manicômio judiciário inclui-se dentre os espaços de assujeitamento do usuário de drogas que, por não mais ser aprisionável em cadeias comuns e nem sempre sofrer a reclassificação para

traficante, vem a ser alvo do modelo manicomial, que subsiste na mesma finalidade da prisão: prender. Exceção porque, sendo lícita, não mobilizaria a ânsia punitivista como a instigam as ilícitas. Logo, poderia o álcool, como o tabaco ou o café, não ser associado à prática criminosa e, dessa forma, não ensejar a patologização do delito. O consumo de álcool poderia ser compreendido de forma independente da prática delituosa tal qual o evento criminoso nunca é associado ao fato de o infrator ter tomado café no mesmo dia. Em nosso momento histórico, as forças judiciárias jamais associarão a prática delitual aos efeitos praticamente anfetamínicos do café. Seria o álcool um componente moral do crime, um *quase-crime* ao ponto de ser iluminado como uma questão decisória no processo criminal e, para tanto, despertar os sentimentos proibicionistas tipicamente mobilizados pelas ilícitas?

Durante a leitura dos processos apresentados nessa situação-limite 03, é notória a forçosa aproximação do uso de álcool com o de outras substâncias inclusive quando ela não existe na história do sujeito acusado. São possíveis duas leituras, eventualmente até mesmo complementares. O consumo de álcool em si é imoral para algumas classes sociais, hábito que ressignifica um crime e – porque – torna-se parte dele. Outra leitura é a capacidade atribuída ao álcool de atrair as substâncias ilícitas, o que também ressignifica o crime.

Verificamos que as falas judiciárias, especialmente a judicial, ministerial e pericial fazem um cotidiano e automático questionamento sobre o uso de outras substâncias. É o que encontramos no caso de ACMP ao se lhe extrair a informação de que já fizera uso de maconha e *tinner*. A pergunta sobre o passado também ocorreu com GGB, e, de volta ao caso de ACMP, é reiterada sobre o presente, quando, questionado, “nega o uso de substâncias ilícitas”.

Outra via de aproximação do uso de álcool com outros usos pode ser enxergada na interação química derivada do uso simultâneo de medicamentos, situação ocorrida com ACMP. Essa ilação judiciária é confirmada pelo sujeito de modo completamente transigente, ao afirmar, segundo o laudo, que “tem consciência de que não pode deixar de tomar remédio”. Essa *consciência* pode ser forjada em diversos momentos da vida, mas parece certo que, nessa fase delitual, ao ser submetido por autoridades médicas a um estado de confissão, recebe em troca a confirmação de sua *consciência*. O cerco se fecha: a mensagem que predomina é o risco da interação química, que se assenta na mensagem sobre a necessidade de continuar tomando remédios. Logo, o discurso veicula a obrigatoriedade de ele parar de usar outras substâncias psicoativas, a começar pelo álcool, pano de fundo da cênica processual.

Interessante, no processo de DPS, é a outra face da interação química acima discutida: no último exame pelo qual passou DPS, já internado, ao informar que não tomara o remédio (psiquiátrico) quando cometera o crime sob efeito alcoólico, o prognóstico é *ausência de diagnóstico de interesse psiquiátrico forense*. Em suma, se toma medicamentos ao tempo do uso de álcool, a interação química o condena. Se usa álcool e esquece de tomar o medicamento, a falta desse o condena. Tanto o álcool quanto o remédio são denominadores comuns que conduzem à qualquer das duas conclusões. Não seria o medicamento – pela presença ou justamente pela falta – o móvel para a crise? Intrigante certeza presente nas falas judiciais de que a crise nada teria a ver com o remédio, mas tão somente com o álcool.

A carga valorativa atribuída ao uso de álcool como, definitivamente, causa da prática delituosa perpassa as falas e os lugares de atuação das autoridades cujas forças conduzem o jogo de verdades sobre os acusados elencados. Depois de questionados sobre eventual uso de outras substâncias ao longo da vida e nas vésperas do encarceramento, restou, ainda, afirmarem reconhecer a necessidade do distanciamento das mesmas, pelas verdades que se impõem ao longo do itinerário institucional de segurança (porque toma remédios, porque nunca usou, porque não estava usando). Ademais, pela porta de saída da medida de segurança também vigora o subjugo a essa perspectiva, que proíbe o álcool como se ilícito fosse, ou como se a perícia se travestisse de terapia. É o que verificamos no processo de JBS, cuja decisão judicial de liberação da internação se sustenta no enrijecimento do controle, determinando que siga com “tratamento ambulatorial de apoio **por toda sua existência**, sob custódia familiar” (destaque nosso). Se há, a cada intervenção, um agravamento narrativo e argumentativo, chega-se ao ponto de ser proferida ordem impossível porque impraticável sua fiscalização. Nesse sentido é que a ordem tem um outro sentido e jaz sobre outras bases, que não a autonomia do sujeito: o poder de normalização.

Ao tratar do exame que, ao longo dos séculos XIX e XX, tomou a forma psiquiátrico-forense, Foucault (2002) o traduz como o sinal do entrelaçamento entre judiciário e medicina, nascido na primeira centúria. Esse enlace ocorre em consonância com as peculiaridades que deslocam o exame do lugar comum de ponte consensual entre médicos e juízes, ocupando um não lugar entre os campos jurídico e médico, uma posição de baliza na gradação entre o normal e o anormal. Logo, não se dirige ao poder judiciário ou ao poder médico, mas sim a um poder de normalização. Muito embora Foucault localize esse poder no intervalo necessário – como o silêncio para a música – entre judiciário e medicina, em alguma medida esse poder se manifesta na mensagem-ultimato sobre a distância completa da substância *por*

*toda a existência*, cujo controle só não é impraticável se introjetado no próprio sujeito. É exigência que encontrou na fala judicial a caixa de ressonância a propagar enunciados de conformação de um novo modo de vida.

No processo de DPS, a *revelação* de informações aos peritos, sobre anterior *internação por síndrome do pânico e consumo de remédio controlado*, emancipa a comunicação entre aqueles e o sujeito a um grau oracular. Trata-se de uma dinâmica na qual um segredo, que somente os peritos teriam desvendado, constitui uma verdade inquebrantável, que não fora objeto de dúvida como outras informações prestadas pelo periciando. Inquestionável para que emoldure a fala examinadora. A força do exame também vem das verdades produzidas no seu interior, no seu próprio exercício, de modo que repercutam nos enunciados a que se presta fortalecer. A revelação abre uma porta interpretativa da situação de DPS que proporciona aos peritos uma rara – como a revelação – direção para o caso. E, assim, pareada à revelação, um chamamento divino para desviar-se do pecado: *não apresenta periculosidade para a sociedade, desde que se abstenha do uso de álcool e drogas ilícitas e que dê seguimento ao tratamento ambulatorial*. Prognóstico que concede um certo perdão (pois não o encaminhou para a internação nem para a prisão comum), tem na revelação um dos itens a serem avaliados, condiciona o mal ao estado inebriante, e obriga a prestar um dever de tratar-se. Afora as contradições intrínsecas à convivência dessas partes do prognóstico, temos aí um celeiro de expressões de inspiração religiosa, em completa compatibilidade com as feições do exame e – porque subsumidas pela – sentença judicial.

Devemos, ainda, ater-nos ao núcleo dessa situação-limite: ao longo do processo de DPS, a informação inicial sobre uso exclusivo de álcool multiplica-o, como da água para o vinho, em outras substâncias. A despeito de ele e testemunha terem circunscrito suas falas em torno da *embriaguez*, o laudo que determina a sentença judicial versa o seguinte diagnóstico: transtorno mental e comportamento decorrente do uso de *múltiplas drogas*. A finalização se dá por reconhecimento processual do uso de álcool mas, novamente, inclui outras substâncias no grupo inebriante do qual DPS deve se manter distante. A generalidade obedece a um mantra judicial de abstinência, enunciado presente em todos os processos. Abramos esse texto para uma retomada histórica sobre o álcool, na qual encontraremos pistas para a análise da questão que amalgama os diversos outros pontos dessa situação-limite.

A história social do álcool pode ser compreendida como parte do discurso em análise, num torvelinho que conduz etapas anteriores ao momento atual, como em um achatamento

que conserva o empilhamento, mas mostra suas distinções e espaços de interrupção, e, ao mesmo tempo, evidencia um tipo de fazer político que orienta, até hoje, autoridades a procederem de tal e qual modo frente ao consumo dessa e outras substâncias. Advertimos que, não sendo o mote desse estudo, as profundas conceituação e localização históricas dos psicoativos – aqui, o álcool – não constituem, logo, o objetivo dessa pesquisa, que, no momento, apenas pincela o que tantos e tantas autoras já fizeram com maior empenho, acuidade, desenvoltura e exclusiva dedicação – a exemplo dos abaixo içados.

Em sua tese de doutorado sobre os regimes étlicos no Brasil colonial, João Azevedo (2004) inicia a abordagem a partir de um paradigma histórico de fundamental importância, a relativizar o lugar instituído de vitimização dos povos indígenas: ao mesmo tempo em que os portugueses dominaram, em nome da civilização, as populações nativas por meio da força e violência, sofreram resistência local que encontrou na bebida, entre outros meios de sobrevivência, um relevante impulsionador para a manutenção da vida e dos rituais de significação e transformação social. Portanto, a bebida é uma via de acesso a uma perspectiva não tradicional dos estudos da colonização, em contraponto ao modelo que situa as comunidades originárias em posição de subjugo ou em espaço invisibilizado, seja pelas correntes marxistas – que se debruçaram sobre a escravidão negra, em detrimento da espoliação indígena – seja pelas burguesas, que não reconheciam aos povos nativos a tessitura cósmica e suas sociedades complexas, identificando-os com a barbárie, constituinte do novo europeu. Essa perspectiva também vale para nosso entendimento sobre as drogas no contexto social: no Brasil, partimos da premissa de que o uso de álcool e outros psicoativos não tem como causa única, *a priori*, a imposição a determinadas populações, do mesmo modo que o uso individual não é incauto ou enganado, adjetivo-condição historicamente atribuída às pessoas classificadas como incapazes. Oriundo de um complexo multifatorial, o uso de drogas, mormente as ilícitas, não é apenas um apêndice mas produz o próprio tecido social. Não se trata, portanto, de adotar a perspectiva da incapacidade nem mesmo frente ao pouco conhecido mundo dos psicoativos.

Azevedo informa que, de início, as primeiras intervenções lusitanas deixaram como pedras fundamentais a bíblia, o vinho e a bebida destilada, novidade dentre povos nativos que conheciam apenas as fermentadas não oriundas da uva – até que já tinham intimidade com as bebidas etílicas, diferentemente de povos na América do Norte e Austrália, desconhecedores completos dessas substâncias de base alcoólica. Aliás, vale ressaltar que, segundo o autor, a religiosidade cristã, até o medievo, enalteceu a ingestão etílica, ainda que parcimoniosamente,

sendo os mosteiros recintos privilegiadamente cervejeiros e vinhateiros. Os pensamentos medievais antiéticos é que dobraram essas práticas ao dissociá-las do caminho de acesso a Deus e da entrega penitente da alma, paradigma que orientou o princípio colonizatório no Brasil – tendo em vista que a chegada portuguesa se deu logo após o ocaso da Idade Média.

Em função da carestia e da peste negra do século XIV, os três quartos da população portuguesa restante, por sobrevivência, retiraram-se do campo, o que resultou na perda das terras para novas senhorias e Igreja. Em retorno, obtiveram, com o crescimento urbano, a oportunidade de imiscuir-se no comércio europeu, notadamente a partir do vinho, grande conhecimento lusitano que, atravessando séculos, conservava seu valor no paladar dos centro e sul-europeus. O comércio vinhateiro é uma das alavancas para o sucesso da expansão ultramarina portuguesa, pela qual os barris chegaram, primeiro, às terras africanas; depois, às brasileiras. A partir da cabotagem em África, conquanto entremeada por relações violentas, a ascensão comercial portuguesa do século XV proporcionou um complexo e desigual sistema de trocas, arrestos e compras com povos daquele continente: em troca de vinho, uma série de objetos e bens, dentre eles, mais adiante, negros e negras escravizadas. A leitura portuguesa feita sobre os hábitos étlicos de alguns povos de África constituía repertório para a futura compreensão sobre o Brasil. Exemplar da distinção com relação ao outro lado do Atlântico, a cena de chegada de Cabral deu-se por imediatas ofertas dos estrangeiros aos nativos. Ao citar carta de Pero Vaz, Azevedo detalha que, convidados a subir na embarcação, dois indígenas foram expostos a uma gama de objetos que supunham os portugueses serem de interesse local, para um início de contato interétnico. Narra o autor que, depois de alguns artefatos pegarem, negaram todas as bebidas até que aceitaram degustar o vinho, que não passou da cavidade bucal e, como num enxague, cuspiram, ato que chocou os viajantes.

Esse comportamento inaugural da história colonizatória apresenta, entre diversas outras possibilidades de leitura, a conflituosa relação entre regimes étlicos, tanto no nível *portugueses – indígenas* como entre as centenas de povos nativos. O novo pensamento medieval e, em lado oposto, essa cena de chegada dos portugueses possibilitam depreender que a valorização da bebida (vinho e cerveja) não era sumidade nos valores latino-europeus – atravessados, nos últimos séculos, pela temperança. Do mesmo modo decorria entre povos indígenas, dentre cujos hábitos havia completa distinção, de grande e generalizado uso cotidiano até degustação em festas raras, por apenas alguns membros. Caium, chicha e caxiri representaram suas principais bebidas produzidas.

Dentre os regimes étlicos que os portugueses tentaram imprimir no Brasil, diferentemente dos holandeses, que encharcavam as transações forçadas e amistosas, destaca-se o jesuítico, cujo valor central era a abstinência dos povos com os quais tomaram contato; sem, todavia, deixar de aproveitar oportunidades estratégicas de entremear a catequização com o uso de bebidas fermentadas da mandioca, em analogia, por vezes, como se vinho fosse, à tradição católica de se beber o sangue de cristo. De toda forma, o balanço geral que os documentos permitiram Azevedo concluir – mormente na relação lusitana com o conjunto étnico tupinambá, tronco étnico cuja história fora a mais bem registrada no acervo indigenista nacional – é o típico comportamento português, por representações religiosa e laica, da pregação do afastamento dos indígenas da bebida alcoólica, o que, assim como o oposto pródigo, desarmonizou as relações de alguns povos, produziu desates que desequilibraram sobremaneira os laços intra e as trocas interétnicas.

O médico Almeida Junior (1934), ao tratar da origem da produção açucareira e consumo de um dos subprodutos (aguardente de cana) no Brasil, aprofunda a distinção histórica entre os fermentados e os destilados. Enquanto a chegada do vinho coincide com a dos colonizadores portugueses, a destilada se torna uma descoberta pública somente ao final da primeira metade do século XVII. É sabido que a cana-de-açúcar veio da Ilha da Madeira, por ordem do donatário Martim Afonso de Souza, cem anos antes, diretamente para a capitania de São Vicente. Dessa, alastrou-se, com maior presença, pelos litorais fluminense, baiano, pernambucano e paraibano, nos quais rendeu por mais tempo do que no paulista. O ano de 1627 é um divisor de águas: até esse momento, a aguardente era desconhecida, vindo a cana a servir para outras produções; “havia quarenta engenhos no Rio de Janeiro, cinquenta na Baía, cem em Pernambuco, dezoito ou vinte em Itamaracá, igual numero na Paraíba” (p. 228). No nordeste brasileiro, a partir desse ano, com a descoberta pública da que viria ser chamada cachaça, essa quantidade aumenta vertiginosamente, vindo o “aguardentismo” a representar, no início do século XVIII, segundo o autor dos anos 1930, um “problema social” (p. 230).

Em razão da localização do depósito de cana, da circulação de escravos e escravas no nos afazeres relacionados às etapas de produção açucareira, bem como da manutenção do vinho e do cauim, respectivamente, nas mãos portuguesas e indígenas, a cachaça fora imediatamente associada à população negra, sobretudo a escravizada. O fato era cada vez mais preocupante não apenas do ponto de vista simbólico (o domínio de uma das etapas alcooleiras e, aos olhos colonizatórios, uma prática hedonista no recinto dos indignos), mas também concretamente, dado que o contexto conflituoso somado ao desconhecimento sobre

os efeitos da aguardente gerava “desinquietação nas senzalas” (p. 232). Parte das investidas senhoriais deu-se na reestruturação dos engenhos, para lhes prover de condições que permitissem resguardar ao máximo a vida de escravas e escravos, notadamente em razão de seu alto valor patrimonial. Frente a situações de embriaguez seguidas de descuido que redundasse em morte nas moendas, recomendava-se até mesmo que um capataz mantivesse facão à mão para que, ao princípio desse acidente de trabalho, fosse cortado o membro da escrava capturado pela enghoca para evitar-lhe a morte. Caminho sem volta, a circulação crescente da cachaça entre escravos, capatazes e capitães-do-mato chegaria ao senhorio, que dela passou a fazer distintos usos, como, além da degustação, a comercialização em seus diversos formatos e acondicionamentos etílicos.

No auge do ciclo do ouro, as riquezas oriundas da comercialização da aguardente puderam ser desfrutadas por gentes de todas as condições, inclusive escravos e indígenas, que “escondem bastantes oitavas, quando catam nos ribeiros, e nos dias santos e nas ultimas horas do dia tiram para si; a maior parte desse ouro se gasta em comer e beber” (p. 234). Ao mesmo tempo, segundo Almeida Junior, o fisco também auferia maior montante tributário sobre a produção de bebidas, a chamada avensa. A tributação ambiciosa gerou imediata reação com a primeira marginalização da produção e, por consequência, consumo de bebida. Diante da interiorização, pelos canaviais, dos precursores de alambiques – clandestinos -, a Coroa Portuguesa inicia uma “rígida política anti-alcoólica. Portugal não quer que os paulistas continuem a beber, e se põe a guerrear ativamente os engenhos, enghocas e as plantações de cana das minas” (p. 235). O acirramento cresce e, na região de Cuiabá, para melhor eficiência proibicionista, a abrangência proibitiva chega ao melado. Segundo Almeida Junior, alastra-se a conduta colonizadora ao ponto de, em São Paulo, no ano de 1774, o então Rei Dom José I, ao criar as primeiras escolas, também desenvolver tributo sobre álcool e, para despistar, a carne. Contudo, a aguardente já participava da agenda comercial exportadora.

Ao citar estudo de 1927, sobre o consumo de álcool absoluto nos países mais bebedores do mundo, Almeida Junior mostra que o Brasil se situava entre os dois últimos, ganhando, com 2,40L per capita/ano, apenas da Noruega. E empresta a conclusão do estudo, que informa que o álcool nem é das mais viciosas substâncias em circulação social.

Azevedo (2004), enquanto realça a onipresença das bebidas etílicas na história humana, também apresenta as ressignificações atribuídas ao ato de beber. Uma delas é a patologização do hábito, que derivaram expressões como *dependência do álcool*, *dependência química*, *alcoholismo* – essa, inventada por Magnus Huss, em 1849. Antes, em 1785, o médico

estadunidense Benjamin Rush relacionava o consumo alcoólico ao desencadeamento de diabetes e apoplexia. Conforme trouxemos, os auspícios antietílicos medievais repercutiram nas Idades Moderna e Contemporânea. Se o Iluminismo fora a ruptura com os sistemas políticos anteriores, notadamente calcados no modelo feudal, um raro elo se manteve entre as Eras: as recomendações de temperança, que deixaram a penumbra do baixo medievo para iluminar os encontros sociais da burguesia, moderadamente alimentares e étlicos. É nesse contexto, de convergência laica e religiosa, medieval e contemporânea, colonial e metropolitana, como também das primeiras verificações médicas sobre os hábitos destilados e fermentados, que “o discurso contemporâneo associa o consumo pesado do álcool a uma doença aditiva, cujo sintoma é a perda de controle sobre o comportamento étlico, e cujo único remédio é a abstinência de todas as bebidas alcoólicas” (p. 20). Algo muito bem identificado nos processos judiciais que nos servem para análise. Antes dessa conformação, não se embriagava por ser necessário beber, não se perdia a noção de vontade (livre arbítrio) com a embriaguez, tampouco essa condição – porque temporária – era lida como doença.

Não havia uma grande polaridade entre as linhas contra e a favor da bebida, mas uma convivência, a despeito de conflituosa. Uma das correntes contrárias ao etilismo evoluía para a oposição não à bebida, mas à embriaguez. Desta nasce, por sua vez, a perspectiva de que, não sendo o álcool o problema em si, é o componente genético ou racial de predisposição às fraquezas étlicas. Contudo, minoritários, não tinham capacidade de convencer o hegemônico pensamento que atribuía à substância, e não ao consumidor, o caráter deletério. Esse foi o pensamento que constituiu os movimentos pela temperança, ciceroneados por grupos de mulheres estadunidenses<sup>46</sup> (vale dizer, considerados, historicamente, os primeiros coletivos políticos de mulheres), a se capilarizar, em distintos graus, por toda a América. Pensamento que, até hoje, conduz expoentes versões sobre o *problema do álcool*.

Em sua dissertação de mestrado, Fernando dos Santos (1995) desenvolve pesquisa sobre a trajetória histórica do álcool no Brasil retratada em teses elaboradas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entre 1830 e 1920, período que configura quase um século de institucionalização da carreira médica como pilastra científica do Estado. Ao investigar como se deu a apropriação do álcool pela medicina, adota como um dos disparos a rota inaugurada por Magnus Huss em 1849, ao ressignificar como doença um tipo de seu consumo, no bojo do contexto das festas, em detrimento, pelas ciências médicas, do dos rituais e da cura,

---

<sup>46</sup> Para detalhes no mundo cinematográfico, conferir seriado *Prohibition: a Film by Ken Burns and Lynn Novick*, Netflix. Trata do encadeamento histórico anterior e posterior à aprovação da 18ª emenda estadunidense, mais conhecida como Lei Seca, em vigor de 1922 a 1930.

ambiências tradicionais de uso da substância. Na sociedade burguesa, o controle sobre os prazeres, encimado na idéia de temperança, destacou a atmosfera das festas como o de privilegiada vigilância sobre o consumo do álcool. Já a dimensão da cura tradicional, segundo o autor, fora apropriada positivamente pela medicina, sendo o álcool ministrado isoladamente ou, no mais das vezes, mesclando-se seus substratos a conteúdos químicos artificiais.

O resultado do viés medicamentoso também fora acompanhado do caráter alimentar que o álcool apresentou, a partir dos anos 1840, na Europa. Médicos brasileiros também incorporaram essa associação e investiram em estudos confirmatórios por longa data, sobrevivendo a concepção da relevante dimensão nutricional até meados do século XX, por comprovação da alta produção calórica do álcool em contato com o interior do sistema digestório. Em suas três páginas dedicadas à intransigente defesa de uma agenda nacional anti-alcoólica, o médico alienista Afrânio Peixoto, que dirigiu o Hospital Nacional de Alienados no início do século XX, assim excepciona sua posição nas seguintes linhas:

Concedamos que essa substância, meticolosamente dosada, em diluição conveniente, calculadas as calorias que sua combustão deva fornecer e previstas as acções locais e gerais que possa determinar, em experimentos a ATWATER e BENEDICKT, dê os resultados precisos à sua inclusão no número de substancias alimentares de que pode usar a espécie humana (BRAZIL MÉDICO, 1904, p. 355).

No âmbito propriamente curativo, o álcool chegava a imperar nas receitas contra a “tifo, escarlatina, varíola, cólera, tétano, hemorragia puerperal, tísica pulmonar, bronquites infantis” (SANTOS, p. 28). Apesar da observação em torno da finalidade diletante do uso do álcool, a curativa era de profundo e respeitado estudo, vindo a balizar a administração quanto a diversos aspectos singularizantes, a saber, o estilo de vida do sujeito, sua ocupação, características fisiológicas, interação com outros medicamentos, entre outros. Obviamente, tratava de um modo bastante atual de cuidado medicamentoso: conferir ao sujeito conforme suas singularidades.

Contudo, a leitura sobre o uso entrava em choque com os demais modos de consumo, sobretudo aquele resultante da interação entre o caótico crescimento urbano, a massificação operária, a convivência desigual e inevitável entre distintas classes sociais e o atravessamento das ciências como organizadoras da vida em comum. A moralização do comportamento relacionado ao consumo de álcool passava, então, a ser modulada pelos binômios equivalentes a uso/abuso, moderação/excesso, como também pela espécie de bebida, do absinto espanhol à

cachaça brasileira. É a busca da temperança, reguladora da relação entre o consumo da substância e a vida social apoiada no progresso pelo trabalho e unidade familiar, “na sociedade burguesa, um atributo indissociável do uso permitido dos prazeres individuais” (p. 36).

Desde 1850, no bojo da invenção das doenças sociais também se encontrava o alcoolismo, pois mesmo o caráter nutricional era crescentemente contestado a partir dessa década, notadamente pelos mais novos campos da medicina, a bacteriologia e a microbiologia. Esses incipientes conhecimentos, balizados pela moral burguesa, informavam que “cada vez mais a medicina tendia a aceitar o fato de que o cérebro era necessariamente alterado com o uso de qualquer substância alcoólica, inclusive o vinho” (p. 54).

Ainda assim, ao mesmo tempo conviviam teorias e campanhas de abandono do álcool e recomendações – também médicas – de temperança para o melhor uso social da substância. Paralelamente a isso, também variavam as sensibilidades às primeiras, conforme o *status* social dos segmentos da população. Nesse ínterim de mudanças repentinas de opinião e oportunismos comerciais que principiavam entre os ramos de medicamentos e bebidas industrializadas, era irreversível a convocação da sociedade para associar classes populares aos maus hábitos oriundos do consumo alcoólico. Os conhecimentos neurológico e, depois, psiquiátrico, contribuíam demasiadamente. Firmava-se um expressivo campo médico-estatal de controle dos trabalhadores, invencível até a atualidade, dado que, dos bancos das faculdades de medicina, essa associação rumou, a partir de 1870, para as páginas policiais, nunca mais delas saindo.

Segundo Santos, duas linhas teóricas eram forjadas no ato em que se nomeava também a doença delas objeto: a vertente anátomo-patológica apurava as lesões nos sistemas orgânicos; a neurológica preocupava-se com os efeitos neurais e psíquicos, maior interesse dos alienistas. Surge, então, a idéia de dipsomania, quadro em razão do qual o sujeito, diante do uso de álcool, perde o controle sobre a própria vontade, vertendo, sem condições de evitar, condutas socialmente indesejadas, sobretudo as mais graves, contra a vida e patrimônio. Fato é que, no início do século XX, segundo o autor, expressiva parte dos médicos interessados no tema do álcool o associava à doença dos nervos.

Se as definições conceituais pareciam simplórias, os diagnósticos relacionados ao alcoolismo tornavam-se cada vez mais sofisticados, ainda que, por equívoco ou negligência teórica, semelhantes descrições clínicas gerassem distintos quadros nosográficos. O

tratamento também se complexificava: do ambiente familiar para o hospício; do descanso e hidratação para os choques elétricos, injeções de soro anti-alcoólico e estricnina; tudo na primeira década do século XX. De toda forma, ainda ao final do século XIX, sobreviviam imunes os estudos de alguns médicos que valorizavam o álcool-alimento como persistente proposta terapêutica. Essa via também encontrava boa ressonância no meio burguês, que, em causa própria, não tolerava os apontamentos degenerativos e hereditaristas, mas apenas os efeitos deletérios no organismo. De todo modo, a voz degeneratista ganhava espaço, conceituando condições por palavrório vulgar, como o *predisposto* e o *tarado*<sup>47</sup>.

Julio Cesar Adiala (2011), ao seu modo, dedicou tese a um menor intervalo temporal e mais amplo rol de substâncias psicoativas, na relação com o pendor da civilização pela modernização republicana: analisou o processo de constituição do uso de drogas como um problema médico-científico no Brasil entre 1890 e 1930, a partir das teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e dos principais periódicos da categoria. O autor desenvolveu um estudo que contribui de modo significativo para nossa pesquisa, uma vez que a conformação de seu campo de análise apresenta elementos que nos permitem aproximar da realidade atual a história das drogas, sobretudo o álcool.

Não obstante fosse o álcool a substância psicoativa mais expressiva no século XIX, dada sua grande maleabilidade em distintos extratos e hábitos, Adiala verifica que, nas teses dissertadas durante a Primeira República, tem grau secundário de importância, em favor da cocaína, ópio e congêneres. Periódicos especializados surgem no contexto da passagem da loucura para a noção de doença, o que é acompanhado por variâncias a ela atribuídas, como o uso de substâncias psicoativas, à época, comumente denominadas *tóxicas*. A revista *Brazil Médico* confeccionou edições de 1887 a 1924 e foi, junto à *Gazeta Médica da Bahia*, o principal periódico vigente na Primeira República. Com a pretensão de apresentar os feitos médicos nacionais, criticava, a todo tempo, a “ausência de uma produção intelectual brasileira expressiva, o que seria decorrência da aceitação acrítica da produção científica estrangeira, em detrimento da nacional” (ADIALA, p. 53).

Inaugurada em 1829 como Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, a Academia Nacional de Medicina publicou, em suas distintas fases institucionais de interlocução com os governos imperial e republicano, dos anos 1830 aos 1920, algumas revistas que procuravam

---

<sup>47</sup> Diferentemente do que nos é significado hoje, era identificado com insolência, violência e ociosidade.

trazer a produção internacional ao conhecimento dos médicos nativos, bem como com ela traçar novos projetos de pesquisa e intercâmbio em favor do enriquecimento intelectual da classe médica. A partir dessa Academia, os médicos Henrique Roxo e Pedro Pernambucano Filho lideraram um processo de internalização e institucionalização da psiquiatria no país. Expressavam-se a partir de publicações que abriam espaço crescente ao tema das drogas: “no caso de Henrique Roxo, sua análise sobre as reinternações de alienados no Hospício Nacional de Alienados (1910) apontava o álcool como principal causa do panorama existente” (p. 60).

Já em 1890, segundo Adiala, a “primeira menção a uma categoria diagnóstica que relacionasse drogas e loucura foi a tese apresentada pelo Dr. Jerônimo Rodrigo de Moraes à Faculdade de Medicina”, com a abordagem da “psicose de origem tóxica” (p. 123). Em 1893, por meio do médico Márcio Nery, vem o segundo estudo, que cunha a doença como “loucura alcoólica”.

Primeiro periódico especializado em psiquiatria e áreas afins, os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* apresentaram-se à categoria médica em 1905. Idealizada por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, reunia reflexões de médicos do Hospital Nacional de Alienados – cujos internos aplicavam-se na confecção tipográfica das edições - e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Entidade dirigente da revista, a Sociedade Brasileira homônima tornou-se referência em psiquiatria. De 1905 a 1910, as publicações foram marcadas pela presença da temática alcoólica, cujas doenças associadas (loucura alcoólica, psicose alcoólica) eram identificadas como as principais causas de internação no Hospital Nacional (HNA). A expressiva problemática relacionada à loucura alcoólica, suas causas e tecnologias disponíveis para tratamento explicavam, segundo Afrânio Peixoto, o fato de estar, nesse mesmo quinquênio, quando fora dirigente do HNA, no topo da pirâmide demográfico-hospitalar, sendo identificada em 28% dos “loucos de todo o gênero” (BRAZIL MÉDICO, 1904, p. 356). Já na década de 1910, os dois principais quadros clínicos de maior interesse eram a “toxicomania” e “morfinomania” (p. 65). Justamente a toxicomania desdobra-se em elemento normativo, protagonizando, como já anunciamos, o Decreto n. 4.294/1921.

Fruto da Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923 por Gustavo Riedel, a revista *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* vigorou, com apenas dois anos de paralisação, entre 1925 e 1947, atingindo seu auge nos primeiros seis anos, com propostas de programas de higiene mental que, anos depois, dariam lugar às auspiciosas e fundamentalistas iniciativas

eugênicas. Seja nas idéias higienistas como eugenistas, a principal bandeira fora o combate ao álcool.

Em suma, de acordo com Adiala, a passagem de pouco mais de um século entre a primeira revista – que debuta com a independência do país – e a última retratada – que finda com o crepúsculo da Segunda Grande Guerra – informa a importância histórica que o pensamento psiquiátrico sobre as drogas passou a ter no estado brasileiro, ao menos nas grandes cidades orientadas pelos ditames da capital federal. Se se constrói na passagem da loucura para a doença, a psiquiatria também se organiza na patologização do uso de psicoativos, sobretudo os sintéticos (anestésicos e cocaína) e álcool, que, este, durante o século XIX, sobe e desce na liderança das produções literárias médicas, e galga o posto principal a partir da década de 1920. É nesse período que a multiplicação de interesses psicoativos dos psiquiatras reorganiza-se em torno não mais de nomes específicos derivados das substâncias individualizadas (cocainomania, morfinomania, heroínomania etc – muitas dessas quais com destinação anestésica e terapêutica sobretudo nos campos oftalmológico, obstétrico, odontológico e otorrinolaringologista), mas de uma nomenclatura genérica, a *toxicomania*, que teria a força de emplacar uma nova e ofensiva agenda político-institucional nacional perante os hábitos que, de diversos e distintos, passariam a ser classificados, dedutiva e homogeneamente, como de uso de drogas. A ressignificação excluía o *alcoolismo*, nomenclatura que sobrevive à queda das designações específicas e ao surgimento da generalista toxicomania.

A atenção sobre os problemas sociais identificados no entorno do consumo de álcool também fora crescente e gerou, entre os médicos, um anseio de se propor caminhos terapêuticos e estratégias sociais de enfrentamento ao hábito que, no mais das vezes, incomodava ao surgir nos segmentos proletários, incumbidos de erguer as urbes sem fazer algazarra. Afrânio Peixoto, ao expor suas idéias para o controle desse comportamento, propõe ações que vão do constrangimento tributário às empresas produtoras de bebidas alcoólicas à colônia-asilo destinada aos bêbados e criminosos alcoolistas (BRAZIL MÉDICO, 1904). Consolidada em uma agenda nacional anti-alcoólica, sua defesa propunha ações preventivas de educação nas instituições, do convento ao quartel, passando pelas escolas e abrigos, como, de outro modo, ações estatais de taxaçaõ tributária sobre a bebida destilada, de produto a ser revertido na indústria alcooleira produtora de combustíveis. A terceira via provinha da indignação com a condição em que os loucos alcoólicos se encontravam nos ambientes manicomial e carcerário:

O estado actual de nossos hospícios e casas de correcção que recebem os bebedores, contraventores, desordeiros ou loucos para restituil-os á sociedade, cumprida a pena exígua e cessado o delírio, é absolutamente intolerável. A prova está em que as reincidências são espantosamente frequentes: no que me importa, na prática do hospício, conheço indivíduos que ahi tem entrado 3, 7 e até 19 vezes em poucos anos muitas até ao correr de um mesmo anno, por loucura alcoólica (p. 357).

Em face da calamitosa situação dos hospitais psiquiátricos de então, finaliza com a parte da proposta circunscrita ao asilamento: “creação de colônias-asylos para tratamento physico e moral dos ébrios habituaes, loucos e criminosos alcoolistas” (p. 357). Em 1929, a idéia ganha adeptos como Juliano Moreira, que propõe a criação de Sanatórios-Colônias para pessoas com tal habitualidade.

Diante de um caso cujo “crime foi o resultado de perturbações psíquicas despertadas por uma intoxicação alcoólica aguda num degenerado alcoolista crônico” (p. 104), arriscamos dizer que o álcool é a substância que mais aqueceu a argumentação de aproximação das drogas com a loucura, contexto no qual é o único hábito a receber um sufixo *ismo*, enquanto os comportamentos derivados do uso das demais deixavam a sua *mania* no século XIX. Diante disso, nas primeiras décadas do século XX brasileiro, o álcool também ganha os demais atributos típicos de uma doença mental, quais sejam, o elemento degenerador (dipsomania) e o caráter hereditário (blastophtoria).

A progressiva campanha estadunidense no combate ao uso de drogas virou o século XX com pauta ainda mais ampliada, pois, dos movimentos pela temperança antialcoólica outros grupos se associavam para enfrentar o hábito que incluía, com cada vez mais força – e sem o álibi da finalidade anestésica que, por vezes, até então, gerava diversos tipos de intoxicação passiva -, cocaína, heroína, morfina, opiáceos, cannabis etc, em classificação por classe social. O Brasil, como tantos outros países de inspiração ocidental, aderiu com menor criticidade, dado que, internamente, a agenda institucional também crescia nesse sentido, por indução médica. E assim ratificava Raul Camargo, jurista em destaque no debate sobre órfãos e alienados:

A toxicomania, compreendendo os vícios do álcool, cocaína, heroína, morfina, ópio e seus derivados, vem fazendo estragos consideráveis na nossa sociedade, desde as camadas mais baixas, onde se difunde o álcool, até às mais elevadas, onde impera a cocaína (ADIALA, p. 142).

Esse ataque argumentativo escorava-se na recém expedida norma inserta no Decreto de 1921: em imediata resposta aos comandos estadunidenses nos encontros congressuais internacionais contra o Ópio, abertos, progressivamente, a tantas outras substâncias, o governo brasileiro, com consultoria de Juliano Moreira e Carlos Chagas, expediu a tal norma federal na qual se inauguravam, além da expressão generalista *toxicomania*, as modalidades de internação psiquiátrica forçada e voluntária, bem como o estabelecimento apropriado de seu cumprimento, os sanatórios públicos. Contudo, tais estabelecimentos não foram instalados automaticamente, razão pela qual se adotaram dois locais já ensaiados para tal fim: de um lado, hospícios e manicômios judiciários; de outro, os sanatórios privados. Ora, não era outro senão classista o critério classificatório do público a ser asilado. Ambas no Rio de Janeiro, a Casa de Saúde Dr. Eiras e o Sanatório Botafogo, inaugurado ainda em 1921, representavam, na história da loucura no Brasil, a primeira oportunidade de geração de lucro. Ou seja, as drogas tornavam-se não apenas a nova via da institucionalização da loucura, como a via genuinamente enriquecedora. Dentre as drogas, o álcool estava em primeiro lugar (ENGEL, 2001).

Então em voga, os *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal* abriam espaço editorial para médicos que, ligados à sociedade homônima, aproximavam-se – ou mesmo trabalhavam – do recinto interno ao Sanatório Botafogo, que se tornaria o principal laboratório de produção de conhecimento sobre uso de drogas da década. Adiala, vale ressaltar, anota que a adesão do público da alta sociedade em internação no Sanatório Botafogo reinventou o perfil internado: de fortuitos/as aristocratas experimentadores de substâncias mais sintéticas do que naturais, a população internada passou a ser tipicamente de pessoas abastadas econômica ou socialmente. Esse novo semblante asilar despertou o interesse dos médicos não apenas em relação aos diferentes de mesma estirpe, mas também em causa própria: profissionais da medicina constituíam, com solidez, o novo público toxicômano do Sanatório Botafogo, fenômeno que motiva Adiala a atribuir à toxicomania a degeneração de sua própria criadora, a medicina.

Público, o Sanatório para Toxicômanos, primeiro no gênero tanto para internados judiciários quanto voluntários, concretiza-se somente em 1927. O debate sobre o uso de drogas (álcool e outras substâncias venenosas) em meados da década de 1910 mobilizou alguns diálogos – e ressuscitou outros – acerca do sujeito perigoso que bebe álcool em vias do cometimento de crimes. É o mesmo debate, portanto, que dá ensejo à criação do manicômio judiciário, defendido há mais de década por psiquiatras como Teixeira Brandão, em

contraponto aos que argumentavam em favor do aprimoramento de alas no próprio Hospital Nacional de Alienados. Um específico episódio de revolta de vários internos no Hospital Nacional, à qual o combustível atribuído era o álcool, estremeceu as autoridades médicas e políticas locais ao ponto de efervescer o debate. Às pressas, em 3 meses desde a autorização para construção do manicômio judiciário, inaugurou-se o primeiro do Brasil, no terreno da Casa de Detenção do Rio de Janeiro.

\*\*\*

Nos primeiros anos do século XX estadunidense, acaloravam-se os debates sobre a relação do Estado com as pessoas então denominadas doentes mentais, tendo em vista a constatação de que os hospitais psiquiátricos respondiam com superlotação, maus tratos e internação de longa permanência. A preocupação com a intensificação da loucura e da degeneração decorrente dessa institucionalização dos pacientes mobilizou diversos grupos, que começavam a adotar o termo “higiene mental”, difundido por Clifford Beers, em 1908, para designar um conjunto de estratégias preventivas e curativas mais modernas que as recorridas pelos hospitais tradicionais (SOUZA e BOARINI, 2008). Em 1923, o Brasil inaugurou a Liga Brasileira de Higiene Mental, versão nacional que, nascida racializada, tinha como objetivos a “prevenção das doenças nervosas e mentais pela observância dos princípios da higiene geral”; “proteção e amparo aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação”; “melhoria progressiva nos (...) asilos”; “realização de um programa de Higiene Mental e de Eugenética no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social” (ibidem, p. 275). E apontava como estratégias o combate ao alcoolismo, “cujos malefícios (...) se fazem sentir principalmente na descendência dos alcoolatras”; “o exame pré-nupcial”; e “a clínica de eufrenia”, destinada às “crianças retardadas” ou pais “anormaes” (LOPES, 1933).

Por meio das campanhas anti-alcoolismo, tal qual a defesa de Afrânio Peixoto, os integrantes da Liga propunham desde aumento da taxa tributária sobre produção e circulação da bebida, até mesmo a proibição de sua venda e tratamento em novos e específicos hospitais psiquiátricos. Tratava-se da intensificação de metas de reorganização social a partir do controle das populações degeneradas e suas raças inferiores, o que fazia principiar na Liga as idéias de eugenia, as quais acolheriam, irreversivelmente, os pensamentos de seus membros em torno de uma certa *racialização da loucura*.

Arantes (2008) recorre ao psiquiatra Julianio Moreira (1873 – 1932), que, em relatório sobre a “assistência a alienados no Brasil”, atribui “o fator de degeneração mental dos negros à alta absorção de álcool durante as viagens nos navios negreiros vindos da África” (p. 03). Se vimos que havia um controle sobre o consumo escravo durante as horas de trabalho, segundo Moreira, os colonizadores forçavam a ingestão da substância para melhor controlar a indisciplina dos revoltados, dado que “anulava a ‘agressividade inata’ dos negros”, contribuindo para a “degradação psicológica da raça negra (...) ‘raça embrutecida’” (p. 04). Nina Rodrigues (1894) anunciava que “anatomicamente o negro [está] menos adiantado em evolução que o branco” (p. 120), situando-se aquele em outra fase de desenvolvimento intelectual e moral, tal qual a criança, em “consequência de uma cerebração incompleta” (p. 124). Os pensamentos eugênicos não pairavam apenas na literatura e discursos médicos: no art. 400 do Código Penal de 1890 impunha a internação de vadios e capoeiras em colônia penal.

Orientados pelas perspectivas modernistas e, por consequência, pela expectativa da obsolescência da república velha nacional, no contexto do final da Primeira Grande Guerra, psiquiatras e antropólogos se entusiasmavam em aproximar as lições de assistência aos alienados à estrangeira ciência eugênica, visando, para além do tratamento, a estratégias de prevenção ao desenvolvimento de comportamentos socialmente indesejados, notadamente aqueles derivados de características adquiridas hereditariamente (heredopatias). Assim, em 1926, a Liga Brasileira de Higiene Mental se reorientou drasticamente com vistas a assimilar as práticas da eugenia negativa alemã, que incluía, entre outras, a esterilização, pois, conforme trazia o psiquiatra Pacheco e Silva, “ninguém ousará negar a importância da hereditariedade mórbida nas doenças mentais” (WEGNER e SOUZA, 2012, p. 09). Era fundamental interromper o ciclo da vida degenerada<sup>48</sup>.

Nos debates entre mendelianos e neolamarckianos, venciam as teses mendelianas (mais eugenistas) na medida em que essa concebia a transmissão hereditária livre do meio. Ao contrário da segunda (mais higienista), consoante a qual, se a herança genética também era influenciada pelo meio, a inferioridade das raças, associada às doenças mentais e hábitos imorais, não seria algo estanque - gerado por transmissão de caracteres adquiridos -, mas alterável rapidamente pelas ações de desenvolvimento sócio-econômico nacional. Porém, adverte Stepan (2004), ao mesmo tempo, as teses neolamarckianas alçavam vôo no sentido de

---

<sup>48</sup> Sobre a esterilização, vale lembrar que data de 1903 o primeiro registro de defesa da esterilização, argumentada no Congresso Internacional de Antialcoolismo, em Bremen, Alemanha. Mas, a começar em 1907, são os Estados Unidos que embarcam nesse objetivo, vindo alguns de seus 23 estados obedientes à draconiana medida a realizar procedimentos punitivos (WEGNER e SOUZA, 2012).

tomar para si a questão anti-alcoólica já que se rogavam como a vertente científica que poderia discursar sobre o meio e os fatores sociais, sendo o consumo de álcool um desses fatores. Com apoio dos bacteriologistas e microbiologistas, a blastophtoria ganha terreno científico.

A argumentação neolamarckiana, no fim e ao cabo, embora eivada de algumas contradições que ora aproximavam ora distanciavam seus adeptos das concepções sobre a influência do meio, também pretendia defender idéias que culminassem no controle dessas populações. Abria-se, nesses anos 30, a porta para defesas mais extremistas direcionadas ao controle das raças e suas degenerações, recepcionando-se, inclusive, as teses e teorias alemãs sobre esterilização e exames pré-nupciais. O expoente Renato Kehl defendia que pertencia “ao Estado a criação de uma política eugênica que pudesse intervir eficientemente para evitar a proliferação dos ‘indivíduos indesejáveis’, como os mestiços, criminosos e doentes mentais” (Wegner e Souza, p. 06).

Entretanto, com a expedição da encíclica *Casti conubii*, de 1930, a Igreja Católica tornou-se a principal opositora à implementação da esterilização dado que a providência divina seria a única a inviabilizar a vocação procriadora de um ser humano. Se, em 1934, como primeira reação, os eugenistas brasileiros chegaram a traduzir a lei alemã de esterilização “dos doentes transmissores de taras”, depois, amenizaram-se os conflitos e seguia a conciliação entre os setores, anunciando derrota da prática de inspiração nazista, que se encerraria com a entrada do Brasil na Segunda Grande Guerra, em lado oposto à Alemanha.

A eugenia, contudo, tornava-se uma forte expressão do controle sobre o álcool e, do ponto de vista sociológico, da concepção de incivilidade atribuída aos negros e mestiços. Ambas vertentes fortaleciam a genética como um incontestável sistema que re-organizaria a sociedade.

Na América Latina e mesmo no Brasil, “a eugenia foi incorporada aos projetos políticos e científicos que almejavam produzir uma ampla reforma social, nos quais a eugenia teria como função melhorar o aspecto físico, moral e mental da ‘raça nacional’” (SOUZA, 2008, p. 146). Se ela implicava o controle das populações e sua circulação em território nacional, os anos 1930 retomavam debates parlamentares paulistas dos anos 1860: a política imigratória voltava a ser altamente disputada, agora também no campo da saúde pública. Outro psiquiatra a se engajar nessa vertente racial, em 1932, Xavier de Oliveira (1932)

aprofundou a relação das práticas eugênicas com a necessidade do aprimoramento racial nacional, refletindo que, para tal fim, tem havido a chegada de “sangue da raça forte – a branca – a única, sem exceção, que uma vez seleccionada, convém á assimilação da nossa sub-raça, que innegavelmente evolui para o typo branco, ainda que impuro” (p. 21).

Como saída possível ao conflito entre Estado e Igreja, em colaboração para o projeto de lei de assistência aos psicopatas, dos anos 1930, o psiquiatra Ernani Lopes (1933) vislumbrou o isolamento pelo reforço do método já tradicional: a alta tardia dos internos nos hospitais psiquiátricos “em prol do aperfeiçoamento da raça (...), a retirada do heredo-psychopatha do meio social (...) para evitar que ele procrêe” (p. 280). Insatisfeito com o inevitável “grave prejuízo da sociedade e da raça” oriundo da defesa dos direitos individuais de heredopsicopatas, o psiquiatra nomeou a alternativa da alta tardia como “eugenia restritiva”, aplicável aos classificados como oligofrênicos, “maior peso morto das sociedades contemporâneas” (p. 284). São esses a serem mantidos em “segregação eugênica”, “pelo menos durante o período em que possuem aptidão procreadora”, casos que exigiriam autorização de juízes específicos, lotados em “tribunais de eugenia”, tal qual o “tribunal sanitário de hereditariedade” alemão (p. 287).

Outra investida alternativa vem do psiquiatra Mirandolino Caldas (1935): a proposta de criação de “municípios-manicômios”. Trata-se de cidades criadas pelo Estado com o fim de abrigar alienados e eventuais familiares. Previa-se até mesmo a visita dos asilados a outras cidades semelhantes, a partir de “autorização dos médicos ou diretores do serviço”, não restando “perigo para a raça, em se permittir o connubio de psychopathas, desde que seria fácil controlar a procreação, estabelecendo uma educação anti-concepcional, em bases científicas e moraes” (p. 104). Em nome dos crescentes gastos hospitalares com internação e da ausência de outros tipos de suporte que desonerasse o Estado, proclamava o propositor: “dividam-se esses municípios em sítios e entregue-se uma faixa de terra a cada psychopatha (...) pela mesma razão por que se encaminham também os tuberculosos para uma cidade serrana de clima saudável” (p. 101). Estava consagrado o pensamento clínico-político segundo o qual as doenças mentais tinham forte determinação infecciosa, hereditária e, logo, genética. O álcool confirmou-se como um elementar ingrediente, importante gatilho nos sistemas disciplinares e de controle nas sociedades escravagista e republicana. Nos nossos estudos, notamos que a força moral atribuída ao álcool, emancipada às forças psíquica e genética, emprestou seu rigor punitivo para o tratamento sociopenal frente ao uso de outras substâncias.

Dois debates históricos, acima apresentados, comunicam-se com algumas posições verificadas nos processos judiciais selecionados. Primeiro, vem à memória a disputa neolamarckiana e mendeliana: o discurso veiculado nesses processos mantém-se, entre outras bases, sobre o lugar das drogas no cenário do delito e – porque dado como equivalente – da vida do sujeito. O sujeito é reduzido ao crime porque é somente dele que se fala e em razão desse que se julga. O crime é reduzido às perguntas *usou ou não usou drogas?* e *quando usou?*, de forma que um certo determinismo se instala se ambas questões são respondidas assertivamente. Toma corpo não o crime principal (homicídio, roubo etc), mas o de uso de drogas, muito embora, dos doze processos, em apenas um há tipificação de uso de psicoativos ilícitos. Um silogismo composto se forma: *todo sujeito que usa drogas comete crime* (premissa legal); *todo sujeito que usa drogas é perigoso* (premissa moral); *fulano usa drogas* (premissa fática); *ora, fulano cometeu crime e é perigoso* – embora, como dito, a apuração do crime de uso de drogas fora presente em apenas um processo.

O trâmite processual ainda revela uma nova questão: *fulano cometeu crime porque é perigoso ou é perigoso porque cometeu crime?* Como um Ouroboros, tanto o destacamento de partes quanto o olhar sobre o todo não permitem responder à essa questão, cuja atmosfera argumentativa realiza-se em descontinuidades, rupturas, mas também em circularidade helicoidal.

Acrescentamos o medicamento como um ingrediente a mais nessa água ardente: no caso de ACMP, informa a autoridade pericial que *medicação controlada aliado ao uso de álcool desagrega a pessoa até o cometimento de delitos contra si e a sociedade*, informando, com isso, completa ausência de outras possibilidades de convívio dos hábitos. Informa, assim, um tipo de *determinismo sócio-psicotrópico*.

Outro debate é a necessidade de se reorganizar a sociedade por meio do controle de determinadas pessoas cujo hábito de beber evidencia um perigo desmesurado. Há cinco séculos, autoridades governamentais, médicas e jurídicas investem em tentativas de mudança do hábito etílico nacional. Em vão, foram diversos os momentos pelas prevalentes vias tributária, higienista e eugenista. A primeira soçobrou sem efeitos. As outras duas repercutiram e produziram subjetivações de grande impacto ao longo dos últimos 150 anos. Tão logo o hospital psiquiátrico tenha aparecido no país, vertiam desejos de uso do aparato para alteração da cultura da bebida. Qualquer outra tecnologia da era do internamento fora direcionada também para esse fim. Essa se torna uma questão candente até os dias atuais e, vimos, nos processos estudados, cujas falas judiciárias convergem no sentido de condicionar a

liberdade do sujeito ao dever de *manter-se em abstinência, definitivamente* (caso de GGB), ou *ao tratamento ambulatorial de apoio por toda sua existência, sob custódia familiar* (caso de JBS). Ou seja, resta ao sujeito cumprir uma ordem penitencial de distância de uma substância amorfa e/ou submeter-se ao jugo das duas grandes instituições da história do internamento: saúde e família.

Vimos que as *lettre-de-cachet* viabilizaram, na França absolutista, o papel da família na centralidade do controle sobre os seus. Vimos, ainda, que o Estado-Saúde (ou medicina de estado) vem ocupar esse lugar na medida em que a autoridade soberana sobrepõe-se aos fluxos família-indivíduo, atravessando os vetores que os sustentam, inclusive no tocante à tutela, que tomou o caráter psiquiátrico ao longo dos séculos XIX, XX e, pelo visto, XXI. Bem, nesses breves excertos periciais e sentenciais, temos o entrópico e histórico encontro das duas grandes forças disciplinares que se desdobraram no poder de normalização, aqui já aludido. Uma síntese em texto pedestre que só a passagem da história pôde simplificar e, aparentemente, tornar o ubuesco algo assimilado e pretensiosamente pueril.

Em resposta aos contextos de promiscuidade criminal e psicoativa, chegamos a deparar com posições que parecem inverter o próprio paradigma da reforma psiquiátrica: para G. *a internação se justifica em razão de o censurado ser alcoólatra e não ter condições de comparecer nos dias fixados para tratamento ambulatorial (...) e já ter tentado seu tratamento, contudo, sem êxito*. Como um mar de animais grotescos, essa frase também é longa no desiderato histórico que representa: ao compreender que a lógica da atenção psicossocial é centrada no serviço – e não no sujeito –, desconsiderou completamente o avanço da reforma psiquiátrica, por cujas premissas se entende que a unidade de saúde tem de se adaptar ao modo de vida de seus usuários. Um desafio é justamente a manutenção da porta aberta para um formato de atividades que possa ser adequado ao cotidiano do sujeito, o que não é necessariamente estanque, tendo em vista a multiplicação de possibilidades que inclui, eventualmente, a gradual e negociada mudança de rotina do próprio sujeito. Ademais, a oração final repele qualquer princípio reformista, haja vista que a modalidade comunitária não exige precisão, pois está em convivência com sua comunidade para os ajustes necessários. Essa posição, mais médica do que jurídica, reforça a anterior, de que, conforme a tradição manicomial, deve o sujeito adequar-se ao formato paralisado e paralisante do serviço.

Afora os excertos que selecionamos nos processos, a situação-limite aponta para profundezas que atravessam os trechos textuais e organizam o discurso de modo mais sinuoso. Chama atenção, nesse sentido, a convergência de falas judiciais em torno da

consagração do uso de álcool. Além, a consagração dessa prática a justificar o estabelecimento de um outro olhar, uma nova perspectiva: a definição da infração sem crime, que, segundo Foucault (2001), remete ao modelo de reprimenda aos *hostis*, no direito romano. Enquanto a infração é sem crime, o sujeito é *sacer* (AGAMBEN, 2002), sacrificado em um ritual – judicial - que se orienta por princípios religiosos (BATISTA, 2002). Talvez seja adequado ajustar a definição foucaultiana: trata-se de uma infração cuja resposta é orientada por uma visão específica sobre drogas que não se sustenta dentro nem fora do sistema judicial. Uma perspectiva anacrônica que se mantém apenas porque suas falas veiculam, com proeminência, discursos assimiláveis pelo estado de exceção que irriga as práticas do itinerário institucional de segurança. Já anotada, percebemos que a centralidade das falas e do investimento judiciário é o uso de drogas, e não o crime e seus impactos. A questão psicoativa é, metonimicamente, a redução do delito e seus múltiplos desdobramentos nessa querela. Em alguma medida, é forjar o aumento da importância de um hábito secular, de efeito apenas sobre o próprio corpo, cotidiano, de domínio público, sobre o raro evento do crime em si. Parece que as falas judiciárias forçam a perenidade do debate e das posições sobre o uso de drogas, sobretudo o álcool, dado que nem crime constitui. Induzem a um *continuum* que se reverte em uma importante causa institucional, como outrora fora.

A sobreposição de falas judiciárias enuncia um novo *status* para o sujeito: deixa de ser apenas uma pessoa que faz uso de bebidas e, eventualmente, outras substâncias e se torna uma pessoa incapaz, adoecida. O relatório e/ou auto de prisão em flagrante da delegacia inaugura a inscrição dessa passagem na história do sujeito. A denúncia ministerial remete o jogo para dentro do fórum judicial. A perícia dá o atestado necessário, haja vista que em nenhum dos processos houve, nessa fase, uma contraposição pericial. Como vamos ver adiante, a defesa compõe harmonicamente com os demais pleitos e posições. O/a juiz/a recolhe tudo para sintetizar o *debut*: vestido de doente; de um lado, incapaz, de outro, perigoso pois, uma vez incapaz, não atende aos preceitos da normalidade. Segue para o manicômio judiciário, que pretende ajudar a expiar a loucura, aceitando sua evidência para apagá-la. Contudo, conta com o poder psiquiátrico, que torna a loucura evidente. O poder psiquiátrico participa inarredavelmente do processo de enunciação, pois “tem por função realizar a loucura numa instituição cuja disciplina tem precisamente por função apagar todas as violências da loucura” (FOUCAULT, 2006a, p. 323). É dizer, o poder psiquiátrico precisa realizar a loucura que o hospital psiquiátrico, em seu interior, propõe-se, do ponto de vista institucional, a neutralizar. Ao que parece, uma dinâmica semelhante se institui nos processos judiciais que encontramos:

a sobreposição de falas judiciárias, convergentes e solidárias com a posição ocupada pela perícia, informa um sujeito completamente tomado pelos efeitos das substâncias, de vida circunscrita a elas e dedicada a elas.

Trata-se de um estado de vida dramaticamente apontado pelas autoridades judiciárias, que abrem o caminho para nova cena, a manicomial, a adotar outro percurso, o de invalidar a loucura – aquela loucura produzida em cima do sujeito. Ou seja, o hospital psiquiátrico dedica-se a neutralizar um estado de consciência construído não pelo sujeito, mas pelas expressões do processo. E, se necessário, produz-se um estado de alerta com a soma de outras substâncias psicoativas ao uso de álcool, como ocorreu em alguns casos.

**5.5.4. Situação-limite 04:** posição da defesa consonante com o itinerário institucional de segurança.

- **Questão recorrente:** Como defender-se dos defensores?

Como veremos na situação-limite 06 (*família*), a legislação penal brasileira vigente entre 1830 e 1940 foi condescendente com a relação do louco que cometesse crimes com sua família na medida em que admitia o retorno ao lar como uma das opções, a serem sopesadas judicialmente, de resolução do processo criminal. Com o atual Código Penal, a família desaparece do tabuleiro institucional, restando – e se fortalecendo – o cárcere.

Diante disso, até 1940, era devidamente conveniente que advogados do acusado argumentassem em favor do diagnóstico relacionado à loucura, haja vista que, se dado como imputável, as chances de absolvição eram menores. Uma vez atribuída a loucura ao sujeito – e isso, até hoje – o rito judiciário se altera, muda sua rota em direção à tutela, reposicionando o sujeito em um lugar sem crédito, sem escolha, sem voz. A única fala do sujeito necessária à justiça é a confissão, como problematizou Foucault, ao estudar o caso de Pierre Rivière (1977), francês que, acusado de matricídio e fratricídio, teria se negado a verbalizar em juízo, o que deixou perplexas as autoridades judiciárias e travou, por instantes, o andamento da máquina.

Com ou sem confissão, a presença de advogado/a de defesa é obrigatória ao Estado. Configurado direito de qualquer pessoa acusada e uma vez ser a ação penal de titularidade do órgão estatal (Ministério Público), deve ser garantida a defesa técnica por defensor/a público/a

ou particular. No lugar político que ocupa, de enfrentamento ao modelo instituído da justiça criminal, o/a defensor/a deve imbuir-se de forças para lutar contra um moinho gigante, contra a maré que tem um só sentido. Esse investimento também se traduz na qualidade da argumentação jurídica (conteudista) e processual (formalista) dentre as estratégias de defesa de direitos.

Ocorre que a própria concepção de direito, por vezes, é confundida ou desatualizada quando o assunto é a interface *psi-jurídica*. Se, historicamente, instituições em geral (família, hospital, escola, igreja etc) admitiram a lógica manicomial, porque adequada à concepção de tutela, da patologização do crime, da ausência de capacidade, logo, de inimputabilidade, muitos foram – e ainda são – os/as profissionais do Direito que realizam a defesa a partir dessa perspectiva. A crença de que à defesa se agregaria a compaixão das autoridades judiciárias, somada à redução da vida do sujeito à manifestação da loucura ganha novos contornos com o crescimento do segmento de usuários de drogas no campo das políticas públicas de saúde mental em contato com a justiça. Sobretudo no âmbito penal-psiquiátrico, esse tímido mas mais visibilizado público encerrado no manicômio judiciário (especialmente o de usuários de drogas ilícitas) movimenta as práticas discursivas de modo muito dinâmico, pois é um segmento a que se atribuem, ao mesmo tempo, aspectos tradicionais da manicomialização somados a aspectos que informam (a falta de) condições de autodeterminação e gestão das coisas e de si. Essa mescla de sentidos identificados no sujeito usuário de drogas que comete crime gera disparates judiciários, como vimos, consistentes em distintas decisões para casos semelhantes.

De parte da defesa, nos processos estudados, não houve diferentes posturas: em todos, a defesa ou postulava a submissão a exame de sanidade mental ou, se já precedida de outro órgão, concordava com o resultado patologizante e sua tradução em sentença judicial. Em suma, em todas as situações, a defesa se pronunciou no sentido de fortalecer o caminho de inserção no cárcere, no itinerário institucional de segurança. Outro momento também demonstrativo dessa posição fora a ausência de recurso em favor do sujeito. Não houve objeção frente às sentenças judiciais, nem mesmo àquelas que, como viremos na situação-limite 05 (*divergência entre direito e psiquiatria*), contestaram os laudos periciais cujos exames eram favoráveis à liberdade.

Ao estudar o processo de desinstitucionalização de pessoas internadas no IPF, Olívia Almeida (2019) registra as condições estruturais da Defensoria Pública na atenção a esse

público. A precariedade que assola diversos aspectos da instituição também afeta, ao que nos parece, a capacidade técnica de atuação.

A rigor, essa postura enseja a anulação do processo, porquanto a posição da defesa equivalha à sua ausência. E, uma vez ausente a defesa, viola-se o direito constitucional de ampla defesa. Aprofundando, a dimensão da governamentalidade nos permite compreender o quão dominante é o modelo biomédico na sociedade brasileira, que engole qualquer novidade jurídica, mero instrumental dos saberes fundantes do Estado. A *periculosidade* dos defensores atuantes nesses processos pode ser adotada como analisador do sistema penal-psiquiátrico, pois a defesa está condenada a postular pelo cárcere. E, por vezes, por tempo maior do que se reclamada a pena. Parece mesmo haver um determinismo orientador da posição defensora, o que coloca outra questão: quando em defesa da inimputabilidade, o argumento permanece como sendo de defesa?

#### 5.5.5. Situação-limite 5: Divergência entre direito e psiquiatria.

- **Questões recorrentes:** Seria a droga um elemento de discórdia no histórico casamento entre psiquiatria e direito? Estaria a justiça criminal em um quadro de cronificação? Nos jogos perigosos, seriam juiz e psiquiatra capazes de entender o crime e comportar-se de acordo com seu entendimento? Quem é perigoso: o juiz, o médico ou o louco?

Se por *divergência entre direito e psiquiatria* entendemos distinção, diferença, distância entre as práticas desses saberes, também entendemos que pode ser o conjunto de posições que, mesmo em distintas linhas, compõem um campo de subjetividades maior, que assegura o convívio entre falas e atos, comentários e enunciados, atores e autores, emergências e permanências.

Considerada síntese de todas as situações-limite organizadoras desse estudo, a relação entre direito e psiquiatria, com destaque para suas diferenças, expõe a história dos regimes de verdade, ao mesmo tempo em que, deles deslocados, apresentam elementos que mais tomam forma de amenidades passageiras do que de verdades com relevância histórica. Todavia, esses elementos também nos interessam, pois auxiliam a identificação de posições aparentemente divergentes, mas orientadas a partir de preceitos próximos, mesmos axiomas e princípios políticos e institucionais, semelhantes saberes. Como transmissão de movimento circular

uniforme, direito e psiquiatria são dois círculos de variáveis raios que se comunicam por meio de uma correia. Essa correia estabelece o contato, porém, os círculos giram em velocidades distintas, proporcionais ao tamanho dos raios que assumem. A bicicleta é um bom exemplo para esse conceito. Contudo, direito e psiquiatria alteram-se de lugar, entre coroa e catraca. Resultado: quando o direito está na coroa (raio maior), a transmissão de movimento circular gera na catraca (psiquiatria – raio menor) um giro mais rápido. O contrário também ocorre quando invertidas as posições dos dois campos de saber. E então podemos enxergar uma certa divergência dentro de um mesmo movimento, que, geralmente, é circular uniforme. Faz a bicicleta, de todo modo, andar sempre num único sentido, para frente, embora em muitas direções. Ao entrarmos novamente nos processos, convidamos ao enfoque das posições na relação *diagnóstico – imputabilidade – resposta estatal*.

#### **a. ACMP**

ACMP, como já vimos, fora processado por supostos atos de agressão a policiais e dano de patrimônio, nas dependências de fórum de justiça. O álcool teve destaque nas avaliações pericial e judicial. Vejamos.

Preso em flagrante e enviado para o IPF. Realizado exame de sanidade mental durante a apuração dos fatos, as psiquiatras sinalizaram, no início, que ACMP “encontra-se revoltado” porque a mãe demora a lhe repassar o benefício assistencial, “surgindo-lhe impulso agressivo, necessitando de internamento” (guia, p. 18). Durante o texto pericial, a posição das médicas segue no sentido oposto. Ressaltam a habitualidade medicamentosa e os efeitos de diminuição da agitação, desde que A. fora submetido ao manicômio judiciário: “sem maiores alterações do psiquismo, não é agressivo e tem um bom relacionamento com os outros pacientes e os funcionários dessa unidade” (ibidem, p. 18). E atribuem os fatos danosos predominantemente ao consumo de álcool e drogas ilícitas, as quais, segundo elas, aliadas ao medicamento, geram “delitos contra si e contra a sociedade” (ibidem, p. 18). Ou seja, depois de ser preso, fora submetido a rotina medicamentosa, em razão da qual, segundo as peritas, não poderá mais beber. E recomendam tratamento no CAPSad ou Programa Saúde da Família, estratégia da atenção básica. Diagnosticado como semi-imputável, sofreria apenas de perturbação mental.

Uma vez requerida a liberdade provisória pela defesa, com base no laudo que informa o descabimento de manter preso no IPF, a juíza, mesmo validando o diagnóstico, descarta o

manicômio determinando seu encaminhamento para prisão comum, na modalidade preventiva.

Contudo, na sentença, a magistrada altera a rota e, independentemente disso, contraria o Código Penal em prejuízo a A.:

A periculosidade do réu é patente e, embora os crimes sejam punidos com detenção, os elementos médicos colhidos no exame de insanidade mental **revelam satisfatoriamente** a necessidade de internação como medida de segurança imperativa e adequada à **segurança social** e ao fim curativo almejado (destaques nossos, guia, p. 35)

Continua a magistrada com base no primeiro trecho do laudo, referente à internação, bem como em “ofício remetido pelo diretor da Cadeia Pública local, dando conta que a medicação orientada para o réu não tem surtido o efeito esperado, solicitando a imediata internação” (ibidem, p. 35). No documento de sentença, não há menção alguma sobre o prognóstico e estratégias de tratamento sugeridas pelas peritas. Pelo contrário, reposiciona a perícia em opinião distinta (internação) da dada (ambulatorial). Além disso, conforme percebido, a juíza violou a norma penal que determina relação direta e exclusiva entre crimes apenados com detenção e medida de segurança ambulatorial. Quebrou a regra ao determinar internação mesmo considerando, expressamente, tratar-se de crimes punidos com detenção.

Depois de um ano e meio da sentença judicial, exame de cessação da periculosidade a confirma. Dois meses depois ainda preso, exame atesta a possibilidade de saída temporária para festejos de páscoa, o que denota que, a despeito do laudo anterior, A. permanecia preso judicialmente. Eis que um ano depois desse primeiro laudo, novo exame replica a avaliação de que A. pode ser desinternado e a medida, extinta. Além da divergência de posições durante a apuração dos fatos, agora na execução da internação, vemos uma completa incongruência temporal, pois, se o laudo que ateste a cessação da periculosidade é o documento mais esperado por quem entra no itinerário institucional, seu surgimento em nada alterou a rota judiciária durante um ano.

## **b. FMF**

Conforme a denúncia do Ministério Público, em 2004, F. fora acusado de ter tentado matar sua esposa dentro de casa, com dez golpes de facas. Segundo a polícia, o último dos

golpes ficou encravado no corpo da esposa, quebrando o cabo da faca, o que teria impedido a continuidade da agressão.

Em novembro de 2006, fora determinada sua internação provisória no IPF, onde, segundo o laudo psiquiátrico de quatro meses depois, “respondeu satisfatoriamente ao tratamento medicamentoso, estando aberto a receber alta” (guia, p. 8). Ao lhe atribuírem diagnóstico de *transtorno mental e comportamento devido ao uso de drogas* e inimputabilidade por não ser capaz de entender a ilicitude, os psiquiatras sugeriram tratamento no CAPS.

Somente em maio de 2009, em quase três anos de internação, a sentença judicial é prolatada, contraria o laudo ao determinar o encarceramento manicomial, e impõe a superação de um triênio para novo exame. Dois anos depois, com base em novo laudo psiquiátrico, a vara de execução decreta a cessação da periculosidade de F.. Meses depois, ofício do IPF informa que F. e outros também liberados judicialmente lá permanecem “por não ter nenhum familiar que possa custodiá-los, não possuindo sequer residência que possa abrigá-los” (ofício IPF, p. 01). E completa a direção se posicionando que “seria por demais desumano colocar esses indivíduos em liberdade (...) destas pessoas que, reconhecidamente, não gozam de plena capacidade mental” (ofício IPF, p. 01). E pedem solução.

Dois meses depois, a promotoria criminal manifesta-se: “ao nosso ver não vislumbramos nenhuma atividade governamental neste Estado no sentido de amparar pacientes que não têm para onde ir, nem familiares que possam custodiá-los” (parecer MP, p. 01). E sugere: “permaneça na Penitenciária de Psiquiatria Forense até aparecimento de uma solução, em respeito aos seus direitos sobretudo à sua integridade, bem como seja comunicada à Assistência Social” (ibidem, p. 01). Um mês depois, dezembro de 2011, juíza determina ofício ao governador do estado paraibano para tomada de providências, sem elegê-las.

Quatro meses depois, semelhante texto do ofício do IPF é apostado em novo documento. Em junho de 2012, o Ministério Público mantém a posição de permanência da internação “até que alguém da família ou um caridoso venha assumir o encargo de dar total assistência a sua pessoa” (segundo parecer MP, p. 01). Agosto de 2012: juiz determina seja oficiado o secretário de administração penitenciária para alguma providência. Em janeiro de 2013, uma vez encerrado também o prazo de desinternamento condicional, a despeito de não haver sido praticado, a defesa propõe a extinção da medida de segurança, sem sequer entrar no mérito da justificativa judiciária para a não garantia da liberdade até então, o que, três meses depois, é

questionado pelo próprio Ministério Público, que solicita da defesa indicação de parente ou pessoa responsável a receber FMF. Em maio de 2016, quatro anos e meio depois da determinação judicial de oficiar-se ao governador do estado, o cartório do mesmo fórum informa que, em face do acúmulo de serviços na Vara de Execução, não pôde executar a ordem até o momento. Indaga o juízo se ainda é o caso de fazê-lo.

### c. FAF

FAF fora acusado de, em 2012, ter tentado o estupro em terreno próximo de sua casa e da vítima. Fora mantido preso preventivamente. Na sentença judicial, reproduz-se que os psiquiatras informaram ser F., por perturbação mental, capaz de entender a ilicitude, mas não de agir conforme o entendimento, diante do que a indicação fora a internação. O encaminhamento é determinado ao fim da sentença.

Em novembro de 2015, o primeiro exame é realizado e seu laudo expressa a indicação de liberação. Até agosto de 2016, foi possível FAF receber alvará de soltura, estar livre, não comparecer aos agendamentos médicos no IPF, voltar a ingerir bebida alcoólica, ser agressivo com a família e, sob essas condições apontadas pelo relatório do manicômio judiciário, ser recolhido novamente para o IPF.

Após um ano e meio novamente encarcerado, F. fora submetido a exame psiquiátrico que reconheceu estar com a periculosidade cessada, motivo pelo qual sugerem os peritos retorno à família e continuidade no CAPS. Em setembro de 2018, juíza da Vara de Execução Penal informa haver um engano, pois não encontra a decisão anterior, de retorno de F. para o IPF. Dias depois, F. é liberado.

### d. GGB

Acusado pela promotoria criminal de, em abril de 2009, ter agredido a esposa e danificado bens de sua casa, G. fora submetido a exame psiquiátrico três anos depois, em cujo laudo anotaram as peritas que, por conta da bebida alcoólica, ele “chegou a um estado de dependência química grave” (guia, p. 8). Ao classificarem-no com *transtorno mental e de comportamento devido ao uso de álcool – síndrome de dependência grave*, avaliaram que “o **uso crônico**, crises de abstinência e a incapacidade de interromper o uso completam o quadro

de dependência química” (destaque nosso, *ibidem*, p. 8). Concluem que era inimputável, mas não indicam a modalidade de tratamento.

Defesa e acusação pleitearam a medida de segurança, o que é *duplamente* determinado na sentença judicial: “deverá o réu submeter-se a **tratamento ambulatorial**, no Manicômio Judiciário em João Pessoa (...) A **internação** se justifica em razão de o censurado ser alcoólatra e não ter condições de comparecer nos dias fixados para tratamento ambulatorial” (destaque nosso, guia, p. 14).

#### e. JMF

JMF fora acusado de ter, em 2006, agredido sua mãe em casa. Em 2007, o primeiro laudo elaborado informa que J. padece de um transtorno relacionado com sua condição orgânico-cerebral, por ter sofrido traumatismo craniano em momento longínquo. O transtorno agrava seu comportamento na medida em que use bebida alcoólica. O diagnóstico de *transtorno de personalidade e de comportamento devido à doença, lesão e disfunção cerebral* não vem acompanhado de indicação prognóstica. À véspera da sentença judicial, um ano depois, novo laudo altera o quadro clínico, considerando apenas o álcool, classificando-o com *síndrome psicoorgânica*. Em ambos é atestada incapacidade total, ao que se atem a juíza, que negligencia a indicação desse segundo exame, acompanhamento em CAPS. Determina internação no IPF.

Cinco anos depois, é lavrado o primeiro laudo do período de internação, de acordo com o qual J. é portador de uma doença **crônica**, causada por “lesão cerebral anterior” (destaque nosso, ofício defesa, p. 2). Concluem com sugestão de liberação para acompanhamento em CAPS, com o que concorda o Ministério Público e o juiz das execuções penais. Depois de um ano de desinternação, ofício do IPF aponta que J. tem faltado à agenda de comparecimento desde o segundo mês, o que motiva a promotoria a pedir seu retorno para a realização de exame pericial, a seguir determinada pelo juiz.

#### f. MFC

Como já vimos, MFC fora acusado de, após se autolesionar, matar o pai. Fortemente atribuído ao grau de ingestão alcoólica, o comportamento denotou, para os peritos, condições

de reconhecer a ilicitude, porém, não de agir conforme tal entendimento. Já a sentença, em 2012, depois de quase quatro anos encarcerado provisoriamente, assim informa:

apesar do laudo indicar que o réu é apenas semi-imputável, entendo que no presente feito não há como o mesmo ser considerado imputável. Durante o trâmite do processo entendo que restou claramente demonstrado que o mesmo padece de **perturbação** da saúde mental. Como é cediço, **o órgão julgador não está adstrito ao laudo, podendo decidir de forma diversa**, desde que presentes outros elementos nos autos que o convençam. É o que ocorre nos presentes autos, uma vez que apesar do laudo ter concluído que o réu é semi-imputável, durante toda a instrução restou verificado que o mesmo é inimputável, pois não tem consciência da ilicitude de suas condutas e as consequências advindas das mesmas (guia, p. 11).

Determinada a internação, em maio de 2012, M. passou a cumpri-la. Em 2014, exame pericial atesta a *cessação de sua periculosidade*, acatada pelo juiz, que determina desinternação condicional. Em 2016, é extinta sua medida, condicionada à manutenção do acompanhamento no CAPS.

### Em análise

Diagnóstico. Imputabilidade. Cronicidade. Cessação de periculosidade. Internação. Múltiplas drogas. Incapacidade. O jogo de palavras continua em meio a descontinuidades e interrupções no itinerário institucional de segurança. Viabiliza novas emergências, aquelas, melhor dizendo, antigas, que a literatura já nos apresentou como ícones sinápticos de um tempo, de eras como a do grande internamento (século XVII), asilar (século XIX), entre outras insígnias componentes de uma gramática que nos parece ultrapassada e, a rigor, em desuso. Mas retorna: *helicoidalmente*, subsiste travestida de outras palavras e coisas; por vezes, nem outras são, senão as mesmas com novas vetorizações e densidades, dado que, no discurso, investem-se de distintos sentidos. E enunciam o que está aparentemente apaziguado há séculos, sendo o processo judicial morada protetora. Numa roda de João e Maria<sup>49</sup>, as palavras não se perdem no tempo; ao contrário, curvam-no aos próprios desejos de estar onde já fora o amanhã, num modo em que serão o vivido tendo irrompido o que agora era passado. A articulação entre a questão se *ao tempo do crime era inteiramente capaz* com sua resposta segundo a qual *era capaz de compreender a ilicitude, mas está sem condições de*

<sup>49</sup> Música composta por Chico Buarque e Sivuca, 1977.

*autodeterminar-se* é o alarma para analisarmos os enunciados *crônicos* – palavra oriunda do radical *cronos* – sobre um tempo em que a gente nem tinha nascido.

O palavrório que dá tópico frasal ao parágrafo anterior tem grande pronunciamento nos discursos que aqui vamos conhecer e analisar. São palavras que emolduram o instituído. Palavras que denotam muito mais do que podem ser e muito menos do que delas se pode arrancar. Palavras que carregam histórias e constituem arquivos. Sendo assim, cabe aqui seu entrelaçamento em dimensão cronológica, o que nos parece mais interessante para nos situarmos, como nas demais situações-limite, diante de acontecimentos e emergências ao longo do tempo histórico. Serão abordagens históricas propositalmente selecionadas no oceano de acontecimentos e rupturas. Seleção que responde à nossa necessidade de aprofundar a relação entre a história das posições institucionais e as posições atuais, no jogo processual.

A construção dos conceitos-chave que encabeçam esse momento após apresentação dos casos fora duradoura na história da institucionalização da loucura, ou seja, nos últimos dois séculos, e repleta de conflitos entre saberes e autoridades. Notadamente, direito e psiquiatria protagonizaram o duelo contínuo entre perspectivas, ao passo em que as pazes se faziam em nome de um bem comum: o tratamento da loucura – moral, orgânica, psicobiológica, a depender do momento. Bem comum em nome de um objetivo: o controle dos comportamentos social e moralmente indesejados. As tecnologias de poder, como bem trouxe Foucault (2002) para o capítulo sobre a situação-limite 2 (*laudos*), proporcionaram à psiquiatria enredar-se ao instrumental mundo jurídico compondo-o com conteúdos extremamente rarefeitos e instáveis, já que “o essencial do seu papel é legitimar, na forma do conhecimento científico, a extensão do poder de punir a outra coisa que não a infração” (ibidem, p. 23). Ao cabo em que “direito penal, psiquiatria e medicina legal passaram a formar, a partir do século XIX, uma unidade de enunciação, já que partes de uma formação discursiva comum” (DIAS e LOPS, p. 284).

De acordo com Velo (2013), se durante o século XIX brasileiro, a medicina foi se apropriando dos problemas comportamentais e seu impacto na tessitura normativo-social, nos juristas era alimentada a idéia de auxílio. Contudo, engrandecida, a ajuda não cabia na solicitude e passou a ser emissora de ordens discursivas no sentido do convencimento, palavra-chave que conduzia a comunicação de uma então *protopsiquiatria* com relação ao mundo jurídico e às instâncias sociais e criminais do Estado. Se nos tribunais surgia um genuíno espaço de exercício do poder, tão logo o campo jurídico houvesse esgotado, sem

sucesso, seus artifícios de desvendamento da conduta indesejada, surgia em cena a psiquiatria – desta vez, não para tratar, mas para convencer, notoriamente por meio dos laudos, registro do exame de típica instrumentalização do discurso.

Esse diálogo promoveu a produção de conceitos fundamentais para a conservação do direito penal tal como se encontra hoje na interface com saúde mental. É produto dessa convergência a noção de periculosidade – ou perigosidade. Noção, pois não trataremos como conceito ou teoria porquanto não se consolida cientificamente, dado que nasceu e sobrevivera em contextos antagônicos sobre sua definição (DORNELLES, 2012), sobressaindo tão somente sua dimensão procedimental.

\*\*\*

Embora não seja ponto central desse estudo, todas as centenas de processos encontrados para esse estudo foram guiadas pela questão da periculosidade. Necessária nomenclatura a balizar as falas judiciárias. Aparar que serve, mais ao fundo, aos princípios jurídico-penais de seletividade da loucura em face da prática criminal. Particularmente nos seis processos em destaque nessa situação-limite, há uma importante posição judicial no sentido do *agravamento terapêutico* – se assim é possível designar – por parte das instituições ou autoridades não médicas. Em quatro desses processos, o agravamento se dá unicamente pela posição dos juízes, em falas, como vimos, que mimetizam a posição psiquiátrica. Compreendemos que as posições jurídicas travestidas de médicas presentes nesses processos denotam o caráter periculosista da ação judiciária, mormente ao se constatar que a divergência judicial resulta no mencionado agravamento.

No processo de ACMP, ocorrem inversões sequenciais interessantes de se observar para compreensão das profundezas discursivas. Lembramos que o impacto de ACMP parece ter sido menos a gravidade técnica dos crimes cometidos do que o valor moral dos bens atingidos: o corpo de uma policial do fórum judicial, um automóvel do Ministério Público e uma motocicleta de servidor do estabelecimento. Tudo, sob a justificativa de que o alvo primeiro de ACMP seria a juíza daquele fórum. Ressalvadas pela própria magistrada do caso, são infrações que não incorrem em penas de reclusão. Entretanto, essa ponderação não surte efeito porquanto a juíza decide contrariar a indicação terapêutica presente no laudo.

Embora as psiquiatras recomendem acompanhamento por CAPSad ou Programa Saúde da Família, a juíza, que parece ter se baseado em documento ausente nos autos, argumenta que os elementos médicos colhidos no exame de insanidade mental revelam satisfatoriamente a necessidade de internação, modalidade sequer compatível com a indicação pericial. Do ponto de vista terapêutico, defende que a internação é medida imperativa para o fim curativo. No viés repressivo, aduz que a mesma medida também veicula a ação de segurança social. Em suma, talvez não se trate mesmo de uma contestação judicial ao saber psiquiátrico, mas de uma verificação imprudente e desatenciosa do laudo. De outro modo, pode configurar contrariedade à posição psiquiátrica, a despeito de transparecer desaviso, dado que ainda desconsidera a pena detentiva.

Conforme percebido, ao final do período de internação, não bastasse a conquista do exame que atestara a cessação da periculosidade, ACMP passou um ano ainda encarcerado, até que o trânsito de novo exame tenha despertado o encerramento da inflição. Somaram-se procedimentos de *ciência ao MP* e *encaminhem-se os autos*, que têm a natureza meramente burocrática, diante da urgência da liberdade. Avolumaram-se, portanto, falas-meio a rearmar a cena processual para retomada do controle da situação pela via jurídica, uma vez chacoalhada, com a possibilidade de desinternação, pela via psiquiátrica. Importante calibrar nosso olhar para a direção bifurcada da juíza: contrariou a lei e a ciência. Ambas oposições para enrijecer a reprimenda em face da conduta supostamente embriagada de ACMP.

A situação de FM repete parte da histórica anterior, eis que a sentença também agrava a recomendação de acompanhamento comunitário, negada em favor da internação de segurança. A medida encarcerizante perpetua-se na vida de F. enquanto algum familiar não vai ao seu encontro. Ocorre uma situação complexa de tratamento forçoso e sem indicação médica, o que gera isolamento e, logo, distância da família. Ao se realizar o exame pericial de cessação de periculosidade, novamente uma posição médica autoriza estar fora de onde, segundo outro laudo, não deveria ter entrado. Mas, insistentemente, a posição jurídica se revolve com uma situação supostamente inviável, sem resolução, o que lhe extrai como palavra final a necessidade de manter F. no interior do manicômio judiciário. As mesmas falas jurídicas não se atualizam no campo das políticas públicas, entre cujas estratégias de desinstitucionalização há o serviço residencial terapêutico, presente no estado paraibano. Sobre isso refletiremos melhor na situação-limite 6 (*família*).

FA passa por um outro tipo de circuito de agravamento terapêutico: não médica, a indicação de retorno para o estabelecimento prisional parte da direção administrativa do IPF, imediatamente contemplada pelo juízo.

GGB, por sua vez, fora internado sem indicação médica, ainda que o laudo tenha diagnosticado síndrome de dependência grave por uso crônico de álcool e que, à época do crime, fosse tido como inimputável. Na sentença, apesar de determinar as duas modalidades ambulatorial e internação, o juiz reforça e finaliza a decisão com a determinação manicomial. Todavia, a justificativa não é necessariamente terapêutica, conforme apontava a juíza no caso de ACMP: impõe a internação porque GGB é impontual no cumprimento da agenda ambulatorial. A distância entre os conjuntos de efeitos das distintas modalidades parece não ser levada em conta, dado que, por motivos meramente administrativos – de funcionamento do serviço comunitário –, o itinerário institucional de GGB se agrava significativamente. Ao perseverar na interpretação da incapacidade, julga-a, inclusive, no tocante às condições de estar pontualmente no serviço aberto. O manicômio judiciário não exige pontualidade, pois o tempo é suspenso, tal qual a vida.

JMF passa por situação parecida, contudo, duplicadamente. No processo de apuração do crime, é submetido a dois exames de sanidade mental. O primeiro, que diagnostica transtorno de personalidade associado a sequelas neurológicas decorrentes de traumatismo craniano, por mais organicista que se apresente, não faz indicação de modalidade terapêutica. O laudo seguinte aponta para a síndrome psicoorgânica, pois dá ainda mais relevo ao impacto do álcool na conduta de JMF. De toda forma, sugere acompanhamento em CAPS. Em ambos emerge a incapacidade plena, o que pode ter convencido a juíza a determinar internação, dado que não acata a única sugestão pericial presente no processo.

Somente cinco anos depois JMF é submetido ao primeiro exame de verificação da cessação de periculosidade, que aponta para doença crônica diretamente relacionada à lesão cerebral. A indicação é acatada pelas autoridades judiciárias e, por fim, determinada. Contudo, a informação do IPF sobre as reincidentes faltas às datas agendadas para comparecimento mobilizou a promotoria a requerer, com sucesso, ao juiz que convertesse a medida de ambulatorial para internação. Diante do que pudemos observar, pairou a questão neurológica para tornar mais científico o debate, que, do ponto de vista médico, enveredou para a atenção comunitária; já no âmbito jurídico, a resposta foi o cárcere. Ambos saberes ressaltaram a incapacidade, mas o que deu a palavra final, em contraponto ao outro, foi

incapacitante do sujeito. JMF fora internado duas vezes sem indicação médica: uma por contestação à perícia; outra, por acatamento à delação administrativa de descumprimento.

A impugnação do laudo pericial pelo próprio juiz que lhe solicita também é marcante no caso de MFC, processo cujas posições institucionais são embevecidas por sua aura alcoólico-criminal. Se no caso de ACMP, houve uma contestação velada, uma renúncia ao saber psi; se no caso de FM, uma contestação objetiva, mas sem contra-argumentação, ao parecer psiquiátrico, que se perpetua quando do condicionamento da saída à presença familiar – nada relacionado ao tipo de tratamento ofertado até então -; se no caso de FA, uma indicação meramente administrativa para retorno à internação; se no caso de GGB, a internação sobrevém à sua impontualidade perante as agendas ambulatoriais; se no caso de JMF, a incapacidade orienta as posições judiciais e, como um efeito colateral da perícia psiquiátrica, é elevada ao grau de critério objetivo de decisão (internação), no lugar da indicação médica propriamente dita; a situação de M, de certo modo, reúne um pouco cada caso.

No âmbito histórico-legal, a insígnia da *perturbação mental* fora escolhida para ampliar o espectro da semi-imputabilidade, na medida em que a multiplicação de diagnósticos psiquiátricos e a correspondência com o campo dos comportamentos de interesse jurídico alertaram para a necessidade de se escapar da binomial imputabilidade – inimputabilidade, do tudo-ou-nada.

A despeito de os peritos avaliarem que M. teria condições, à época do crime, de compreender a ilicitude de seus atos, houve um tamponamento jurídico. Os excertos *apesar do laudo indicar... entendo que e apesar do laudo ter concluído que ... restou verificado que,* são sacramentados em *como é cediço, o órgão julgador não está adstrito ao laudo*, aterrando-se qualquer possibilidade de debate convergente.

Ao tempo em que nos deparamos com cenas dissociativas de juízes perante peritos, também nos vem a idéia da prova tarifada, modelo probatório que, vigente até a Constituição Federal atual, vinculava a decisão judicial à assimilação do conteúdo do laudo pericial. Obrigatória, a adoção dos termos psiquiátricos nem sempre coadunava com a legalidade e com as políticas criminais, problema que se tornava insolúvel (CARVALHO, 2011). As posições judiciais contrárias aos laudos encontram guarida no atual princípio do livre convencimento motivado.

De modo geral, as internações psiquiátricas em ambiente hospitalar, que não perpassam o campo penal, têm, desse modo, apenas no laudo médico a imprescindível e expressa indicação prognóstica, pois é modalidade de caráter genuinamente sanitário – ainda que questionáveis a nosografia, a adequação comportamento-diagnóstico e o modo de realização da internação. Já o itinerário institucional de segurança fundamenta-se na leitura periculosista, que, como uma gota de mercúrio que amalgama direito e psiquiatria, não é palpável; é tóxica e se se forçar o contato, desfaz-se em tantas gotas menores quanto as incautas tentativas de obtê-las sob controle. E assim, a posição psiquiátrica pode ser acatada quando conveniente ao quadro jurídico pintado no interior do tribunal. Se se opuserem à posição jurídica, novo exame psiquiátrico pode sustentá-la, como também, na falta, pode simplesmente haver uma escusa jurídica com base no direito e em nome do direito. Uma atmosfera autopoietica aproxima-se de nossa análise, tendo em vista que as posições jurídicas mostram-se autorreferentes e, na perspectiva do lícito e ilícito e do normal e anormal, reorganizam-se para assimilar alguns tipos de ruídos externos ao mundo propriamente jurídico, tratá-los e devolvê-los *circunjurisdicionados*<sup>50</sup>.

Na situação-limite 2, podemos aprofundar a análise de discursos expressos nos limites e alcances dos laudos periciais, bem como em suas argúcias, reincidências, deambulações conceituais trôpegas e fundamentações metodológicas torporosas. Entre os apontamentos possíveis, historicizamos a construção conceitual de *louco de todo gênero*, que vigorou nos códigos criminal do Império (1830) e civil (1916), somando-se cerca de 150 anos de vigência. Vimos que, ainda durante os debates do anteprojeto de Código Civil, pronunciaram-se as posições jurídicas e psiquiátricas de contestação à adoção dessa nomenclatura, em favor de outras que ainda não se sustentavam no ar, dada a falta de consenso. Notadamente no âmbito psiquiátrico, a querela gerava ainda mais divisões, uma vez que, simultaneamente, a produção nosográfica era profícua e em constantes mudanças resultantes dos estudos especializados. Logo, surgiam muitos termos psiquiátricos para tão empobrecida e generalista expressão jurídica. Em alguma medida, essa diferença também acede às observadas nos casos da atual situação-limite: as noções de incapacidade, imputabilidade e periculosidade são as únicas originárias das posições jurídicas, e por essas adotadas como uma equação panaceia. Para dinamizar seus lugares de fala frente a um tecido normativo constitucional atual bem mais avançado do que aquele do tempo de nascimento das leis que embalaram tais expressões, parece o mundo jurídico querer avançar sobre o psiquiátrico, emprestando, subtraindo ou

<sup>50</sup> Algo como os *circuncizados* em ritual de passagem para o mundo da normalização, mas também passagens circunscritas ao mundo jurídico. O corte, a interdição.

mesmo inventando perspectivas e significações de cunho pericial e, em nome do direito, propalar decisões que impactam em vidas indignas.

Sobre os especialismos da então recente Escola Criminológica Positivista, Tobias Barreto (2004), em 1892, avaliou, como base de raciocínio, a fala do fisiólogo Camper, que se ocupara tanto dos cetáceos que qualquer pessoa a ele se parecia com um peixe-agulha, crocodilo ou golfinho. Assim, prosseguiu:

Não se concebe uma critica mais fina dos excessos do especialismo (...) não será pela mesma causa que a exclusiva occupação com doidos, como *medico e director* de hospícios de alienados, pode tambem acabar por gerar a convicção de que todas as anomalias da vida social são outros tantos phenomenos de loucura? (p. 59)

Propôs, de modo ácido, essa questão a “Lombroso e seus confrades” e finaliza: “Seja como fôr, a verdade é que o direito criminal, em face das sciências limitrophes, ainda não tem bem demarcado o seu terreno, que é por ellas constantemente invadido” (ibidem, p. 59). Sobre esse ponto, acrescenta Magali Engel (2001):

a consolidação da psiquiatria no mundo ocidental esteve, de um modo geral, profundamente marcada pela ampliação da interferência do psiquiatra nas questões jurídicas, determinando, certamente, muitos conflitos, mas também muitas alianças entre os médicos-psiquiatras e legistas e os advogados e juízes (p. 148).

E a partir dos casos que retrata em seus escritos, Engel confirma que essa simbiose é ainda mais presente no Brasil, caracterizando, inclusive, a importância da psiquiatria na sociedade nacional, entre confrontos e alianças com o mundo jurídico. Todavia, essa relação era travada no binômio auxílio-determinação: primeiro, os médicos, depois, os psiquiatras; todos, no contexto pericial, não passavam de auxiliares dos juízes, ao mesmo tempo em que eram os baluartes da aferição sobre a loucura tão investigada pela justiça.

Será que estamos diante de uma virada ou os processos retratam nada mais do que um instantâneo nos sucessivos engalfinhamentos entre direito e psiquiatra? Se é secular a defasagem conceitual e, se assim couber, científica entre psiquiatria e direito no que tange à loucura, estaríamos num momento em que, ao contrário do verificado por Tobias Barreto, é o direito que ultrapassa a linha e daqueles conceitos se apropria ou a partir deles inventa para validar suas posições jurídicas em um campo de jogo cuja constitucionalidade dos direitos humanos é mais rigorosa às arbitrariedades? A despeito de, em tese, a aplicação de medida de

segurança não ser, em si, constitucional, como, do ponto de vista legal, incorrer em prática de crime de tortura – o que traçaremos mais adiante.

Importa destrincharmos parte dos conceitos oriundos do mundo jurídico e por suas posições vocalizadas nos processos aqui estudados. É tarefa que permite compreendermos os pontos de contato e de fuga, os vetores de tangência entre os dois saberes, para, assim, verificarmos qual densidade dos conceitos cada campo de conhecimento maneja.

#### **5.5.5.1. Periculosidade. Imputabilidade. Capacidade. Drogas. Internação.**

Especialmente porque muito já se produziu sobre o tema, não temos a pretensão de situá-lo em mesmo pé de destaque dado às situações–limite ou mesmo ao debate sobre drogas. Ademais, sobre periculosidade, sugerimos aprofundar com referências como BATISTA (2002), ZAFFARONI e PIERANGELI (2001), CARVALHO (2013), TAMAR PITCH (2003). Do pouco que abordamos, o tema nos permite enfatizar o lugar de escrita bem como a visão política da análise. Busquemos alguns apontamentos que costuram as passagens históricas em direção do que nos propomos a analisar.

Foucault (2006b) inicia *A evolução da noção de "indivíduo perigoso" na Psiquiatria Legal do Século XIX* com a citação de trechos de um interrogatório criminal no qual o réu mantinha absoluto silêncio, o que era inadmissível à máquina judiciária, e ainda parece ser atualmente. Ainda que o processado reconhecesse assertivamente a autoria do crime, invoca o autor francês a necessidade – para além da confissão objetiva e imediata, de iniciativa própria do confidente – de os tribunais promoverem um “exame de consciência, uma explicação de si (...) uma máquina penal não pode mais funcionar apenas com uma lei, uma infração e um autor” (p. 2). É o princípio da mudança de um estado de preocupação judiciária com relação apenas ao fato criminoso (pune-se porque houve crime) para um novo estado: procura-se o motivo, as causas, a razão da prática e, com isso, pune-se não só – nem sempre - porque houve um crime, mas também para evitar que se cometa outro.

Essa estrutura judiciária que se moderniza desde o início daquele século, assim, também passa a contar com o incipiente conhecimento produzido no âmbito da psiquiatria, relação de aproximação que se consolida na consagração, em fins da mesma centúria, da antropologia criminal italiana e, de outro lado, da teoria belga da defesa social. Enquanto muito já anotamos sobre a vertente italiana, vale situarmos a impulsionada pela Bélgica, país

que, sede do congresso da União Internacional de Direito Criminal de 1892, segundo Renata Dornelles (2012), dá destaque ao tema da periculosidade com o inaugural pleito do francês Adolphe Prins sobre o comportamento antissocial do réu. Em 1905, o Congresso de Hamburgo informa a relevância do “estado perigoso do condenado quando se tratasse de imputabilidade diminuída” (p. 54), o que ganha relativa ressonância no congresso da França, em 1910, cujos membros, atentos às liberdades individuais, relevam o tema mas se acuam quanto à consideração no estado pré-delitual, em especulação nas adjacências do encontro. Então, resguardado o paradigma iluminista, nesse mesmo ano, em Bruxelas, resolve-se pela incorporação da noção de estado perigoso a ser atribuído aos reincidentes criminais, aos de hábitos cotidianos legalmente reprováveis, aos detentores de antecedentes hereditários suspeitos, e aos que tenham cometido específicos crimes. Em suma, junto aos *determinados crimes*, abria-se um flanco para a contenção de *determinados sujeitos*. Relembremos que, no grupo das heredopatias, alguns segmentos brasileiros bebedores de álcool eram alvo certo, conforme vimos na história eugenista.

O tema do homem perigoso se estabelece na confluência de interesses da instituição judiciária com duas medicinas: a social, de organização urbanístico-demográfica e higienista, e a individual, de normativização e patologização dos comportamentos indesejados, por vezes, criminosos. Assim, tanto os grandes quanto os pequenos crimes são interessantes ao campo psiquiátrico. A Escola Moderna – ou Positivista – Italiana forjava-se na defesa dessa plataforma de premissas que produziam um interesse mútuo entre direito e psiquiatria: o grau de liberdade de consciência do indivíduo dava lugar à análise do grau de periculosidade; os réus doentes são necessariamente os mais perigosos; se a pena não seria apenas punição, sua função recuperatória fortalecia a idéia de que havia sujeitos a serem tratados e liberados justamente porque também havia sujeitos perigosos; são três as reações sociais ao crime: eliminação definitiva (morte ou cárcere perpétuo), eliminação provisória (tratamento) e eliminação relativa e parcial (esterilização). Contudo, como vemos, são premissas caricatas de um período que, ao desaparecer, leva consigo boa parte dessa primeira visão positivista do crime e do criminoso. A noção de responsabilidade – escanteada ao final da Escola Clássica – volta com o advento do século XX e empreende no direito civil sua condição de retorno, a partir das noções de acidente, risco e responsabilidade propriamente dita. Típicos itens do período industrial, acidente e risco remetem a um modelo de “responsabilidade sem culpa” (FOUCAULT, 2010).

Com o risco vem a necessidade de os juristas ajustarem os ponteiros para a boa hora da previsibilidade dos atos, suas causas e medições dos efeitos. Para a responsabilidade sobre os riscos ser mantida sem culpa seria preciso concebê-la na relação não mais com os erros cometidos, mas o encadeamento de suas causas, que seriam de duas ordens: a própria concatenação dos fatos e a criação de riscos inerentes à natureza de determinada ação. Podemos identificar alguma sombra dessa assertiva nos processos selecionados nessa situação-limite: por parte da sentença judicial, a contestação, negligência dos exames ou mesmo invenção a partir do conteúdo pericial; ações de renúncia ao proclamado pelos especialistas que atribui ao sujeito um tipo de responsabilidade – porque dispensado o caráter terapêutico defendido pelos psiquiatras - sem culpa – porque, ao cabo, trata-se de imputabilidade não reconhecida ou reduzida, o que tem levado os rapazes figurantes de cada processo ao cumprimento de medida de segurança no grau mais gravoso. Com o fim de se diminuir as chances de esses sujeitos praticarem novo crime, as falas jurídicas prosseguiram inclusive inventando inimputabilidade. Bem, diante da influência do direito civil, com suas teorias do risco, no âmbito da periculosidade, retomemos os aspectos do campo penal para testemunhar o encontro de algumas verdades jurídicas.

Segundo Renata Dornelles (2012), pelo pioneirismo calcado na liderança da Escola Criminológica Positivista, os italianos, alheios à União Internacional de Direito Criminal, dão andamento ao tema, chegando a definir uma estrutura teórica que suportasse uma investida que se orientava nos pensamentos cujo núcleo era a *probabilidade de cometer ou voltar a cometer novo crime*. Em oposição, duas vertentes: uma reclamava a verificação do estado perigoso no ato dos inimputáveis, ou sua apreciação para definição do estado psíquico; outra apontava que a perigosidade poderia estar presente também nos imputáveis, razão pela qual o crime, independentemente da condição psíquica, seria um sintoma. É de Aníbal Bruno a expoente defesa da periculosidade pré-delitual, que renasce na segunda década do século XX e, segundo o jurista e médico, deveria ser aferível a partir de diagnósticos clínicos e estudos antropológicos. Nos termos de seus estudos, imprescindível diferenciar *probabilidade* e *aptidão* para delinquir, o que o faz constatar que não é apenas o ato delituoso o fator a culminar na conclusão pela periculosidade. Todavia, tal qual a brasileira, diversas legislações penais imiscuíram ambas correntes, classificando como perigosos apenas os inimputáveis bem como considerando fatores subjetivos da prática criminal, mescla que, para Bruno, resultava sem sentido.

O século XX acelera a produção nosográfica. No esteio da bandeira da defesa social, restava a dúvida sobre como contemplar a forte corrente que defendia a exclusividade da noção de periculosidade para os inimputáveis. O consenso fora a criação do meio termo: a idéia de imputabilidade diminuída, atribuível aos semi-imputáveis. No bojo do entrelaçamento entre periculosidade e defesa social, o austríaco Von Liszt desenvolve a versão contemporânea da medida de segurança, nova edição diante das arcaicas leis que remontam experiências semelhantes desde a romana. Liszt também defendia, sem sucesso, a verificação da periculosidade mesmo sem prática delituosa, na condição de abandono de crianças e adolescentes e em estados de embriaguez (DORNELLES, 2012).

É em 1913, Copenhague, que o XII Congresso da União Internacional de Direito Criminal define a indeterminação temporal da medida de segurança associada a um período mínimo de internação, equivalente ao tempo da pena. Já em 1926, após combativas argumentações de três proeminentes e distintas correntes, Congresso em Bruxelas define pelo modelo eclético da complementaridade da medida à pena, modelo duplo-binário presente em nosso Código Penal até sua reforma, em 1984. Voltemos ao Brasil.

A fundação do Hospital Pedro II (HP II), no Rio de Janeiro de 1852, constituiu, entre outras simbologias e respostas políticas, um processo de institucionalização da loucura por meio de sua incipiente medicalização, de dimensões ainda por serem descobertas mais a partir de seus efeitos nos corpos asilados do que de seu planejamento no trato clínico. Sabemos que a figura do médico era peça-chave na ligação, sustentação e significação dos anseios institucionais. Contudo, a quantidade desses profissionais era irrisória frente aos demais componentes das equipes clínicas e administrativas do estabelecimento. Ainda pelas primeiras décadas de funcionamento do HP II, constituía minoria a sofrer o tensionamento entre, do lado de fora, familiares e juristas, e, do lado de dentro, a enfermagem e as irmãs que transitavam nas administrações desse estabelecimento e da Santa Casa de Misericórdia, à qual aquele hospital ainda estava subordinado. O HP II seguia regras da administração religiosa caritativa e assistencialista, características que dominavam a prática da internação, em disputa com as estratégias terapêuticas propaladas teoricamente pelos poucos médicos que integravam a equipe, os quais objetivavam colocar em prática todo o arcabouço conceitual importado sobretudo da França do início do século XIX. Em nome da organização do universo urbano, a medicalização da loucura era simbioticamente relacionada com o estabelecimento da medicina mental no sentido de uma nova vertente psiquiátrica: no lugar da manutenção tradicional do asilo hospitalar, seu aperfeiçoamento e as práticas territoriais preventivistas.

Contudo, dentre os poderes sólidos do Império, a Igreja não abria mão da administração, por meio das Santas Casas, do HP II e dos próximos hospitais psiquiátricos em fase de construção Brasil afora. A superlotação do primeiro hospital do gênero aliada à desmesurada e confusa prática clínica, suscetível a todas as intenções profissionais e religiosas, resultaram, antes da reorganização administrativa do HP II na centralidade médica, na inauguração de asilos para mendicância. A começar pelo Albergue de Mendigos, aberto em 1854, novo tipo institucional passa a integrar o cardápio de estabelecimentos asilares. Se avaliados com perigosidade, os caminantes das ruas eram enviados à Casa de Detenção; se ausente tal virtude, como também a loucura reclamada pelos médicos, eram encaminhados para o Albergue, que, no final da década de 1870, é ladeado pelo Asilo de Mendicidade, cuja estrutura maior afiançava a expectativa de que novo público surgia com a nova instituição. Assim, para os loucos em geral a década de 1880 ofertava o HP II, que, na República, passava para a administração do Estado com o irreversível protagonismo médico, atendendo pessoas avaliadas clinicamente e tornadas alvo de processos terapêuticos de isolamento para tratamento e reinserção social; as albergarias para público mais heterogêneo; e as cadeias públicas, estabelecimento que orienta nosso estudo, para qualquer um desses (e outros, fora do radar médico) que cometesse crime. Ainda assim, os loucos criminosos eram reivindicados pelos médicos para o interior do hospício. Nesse âmbito, portanto, o debate sobre periculosidade ganhava uma distinta urgência: a criação de um espaço próprio para loucos criminosos, tendo em vista que o Hospício Pedro II e a Santa Casa de Misericórdia não tinham mais condições de abrigá-los.

Tomaremos como uma cena típica no *metiê* psiquiátrico o debate de dois importantes médicos de seu tempo, Marcio Nery (1865 – 1911) e Franco da Rocha (1864 – 1933), que investiram na produção teórica sobre a relação entre crime e loucura. José Antunes (1999) aponta que Marcio Nery, lente da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entendia que a loucura não conviveria com o livre-arbítrio, motivo pelo qual não havia como, em estado alienante, o sujeito escolher pela conduta criminosa. O que lhe acometia, segundo Nery, seria uma “grave desordem sensorial” ou “defeito em sua organização cerebral”, ou seja, sua constituição meramente orgânica concorria para o comportamento que, sob uma lupa legal ignorada pelo autor do crime, poderia ser qualificado como ilícito. Contudo e com paixão, Nery defendia a incompatibilidade das duas condições - criminosa e louca -, diante do que caberia aos hospícios generalistas abrigar a todos, sem exceção.

Já Franco da Rocha, ocupado constantemente dos loucos criminosos no estado de São Paulo, postulava outra compreensão e, logo, encaminhamento para tal público. A partir da perícia médico-legal, obstinava-se a criticar posições que “tomavam o delito como objeto de suas análises e procuravam verificar se a loucura poderia ou não ser uma de suas causas” (ANTUNES, 1999, p. 99). Defendia o isolamento da dimensão psíquica para fins prognósticos. Contudo, não desprezava a importância de se classificar a perigosidade de cada sujeito, vindo cada qual a ser encerrado em espaços distintos dentro do mesmo Hospício do Juquery, São Paulo. De toda forma, cada vez mais lotado e diversificado em sua população institucionalizada, o espaço físico do manicômio já não comportava tantas distinções oriundas dos especialismos que brotavam da área médica. O estopim fora, nos primeiros anos do século XX, o descontrole completo do comportamento de quatro internos aos quais se atribuía latente perigosidade e diante dos quais Franco da Rocha alterou sua rota argumentativa: pleitearia, a partir daí, o encaminhamento de sujeitos como esses para penitenciária.

Em suma, conforme Antunes:

Enquanto Márcio Nery tentava projetar a autoridade médica diferenciando suas áreas de competência, em particular, preservando os estabelecimentos psiquiátricos das ingerências jurídicas, Franco da Rocha seguia o mesmo objetivo procurando estender a influência médica sobre os estabelecimentos penais (p. 101).

A despeito de a parca resposta governamental unir os desígnios nem tão alinhados dos médicos, a aproximação não gerava novos consensos. No debate, somava-se aos médicos do eixo sudestino o renomado psiquiatra baiano Nina Rodrigues, que defendia dupla instalação: manicômios criminais e serviços psiquiátricos nas prisões comuns. Tão suscetível aos ditames fluminenses, Alfredo Britto, também atuante na Bahia, postulava a conservação dos criminosos loucos em mesmo estabelecimento manicomial que os demais alienados, reservando-se ala especial aos perigosos. Já Teixeira Brandão, diretor do Hospital Nacional de Alienados, travou incessante luta de desmembramento e descentralização da atenção hospitalar ao propor que louco fica, criminoso sai (MACIEL, 1999). Brandão manifestava a necessidade de se ampliar os horizontes arquitetônicos internos, retirando grades e todas as grandes barreiras do interior do estabelecimento, o que, ao seu ver, era inviável no trato com loucos que cometiam crimes. Enquanto a loucura por si era perigosa se mantida fora do hospício, o crime louco era ainda mais perigoso se mantido dentro da instituição. De modo inverso, segundo Laurinda Maciel (1999), encontrar o lugar de tratamento do louco criminoso

era um desafio importante para a época, o que se resolveria apenas em 1903, com o Decreto n. 1132 (BRASIL, 1903), que “reorganiza a assistência a alienados”, conforme mencionamos.

Em tímido tensionamento perante as defesas de ampliação e especialização prisional para os loucos, surgia outra linha de estudos: a “psicose carcerária”, ou seja, a alienação superveniente ao encarceramento, causa do sofrimento. Aponta Antunes que é o caso Escragnolle Doria, no IV Congresso Médico Latino-Americano, realizado em 1909, mesmo ano em que Joaquim Loureiro apresentava a questão da *psicose dos detentos*, e Alcides Codeceira arrazoava sobre o tema, ambos em Recife; de Alfredo Nascimento, no Rio de Janeiro, em 1920; e Luiz Pinto de Toledo, na São Paulo de 1932.

Em 1912, o médico paulista radicado na Bahia Alberto Seabra já expunha idéias em nome da criação de “manicômios criminais especialmente designados para o asilo de alcoólatras” (p. 139). Dito e feito: em 1921, no interior do Hospital Nacional de Alienados, um interno “alcoólatra inveterado” (p. 114) provocara uma rebelião que se tornara estopim para a abertura, nesse mesmo ano, do primeiro manicômio judiciário, no Rio de Janeiro. Franco da Rocha teve papel fundamental nessa conquista das categorias médica e jurídica. O médico paulista defendia que não apenas se estudasse o crime cometido, mas, em tamanho ou maior grau de relevância, observasse-se – e investisse-se em um prognóstico consonante – a probabilidade de o sujeito cometer novo(s) crime(s).

Daí em diante, poucos eventos significativos se sucedem ao longo do século XX, sendo a outorga do Código Penal de 1940 um momento quase isolado no monótono circuito de debates sobre o sistema penal brasileiro. Durante o cochilo intelectual que durou até a reforma de 1984, as leituras periculosistas se consolidavam, tornando-se candentes ao longo do período ditatorial (1964 – 1985). Não é de se espantar que repercutam, com solidez inquestionável, até os dias atuais. Exemplo é a ausência de problematização nos processos judiciais, pela ausência de considerações em torno da legitimidade da noção de periculosidade. Do contrário, é fortalecida pela acusação a cada laudo pericial que carimba sua presença; valorizada sua cessação por uníssonas vibrações da defesa. Trata-se da reprodução de uma noção anacrônica que baliza as posições judiciárias em torno da vida do sujeito. E, mesmo forçadamente presentificada, a noção é a pedra de toque do itinerário institucional de segurança.

Curioso é verificar, em alguns dos processos, que a posição jurídica invalida a indicação psiquiátrica de tratamento em liberdade, mas, ao final da internação, solicita-a para

atestar a liberação. Para a contenção, as falas jurídicas (encabeçadas pelo/a juiz/a, avalizadas pela promotoria, anuídas pela defensoria pública) sobressaem sem considerar o histórico auxílio da perícia, e atestam a periculosidade, reduzindo-a a um mecanismo apenas jurídico. Para a desinternação, as jurídicas recorrem às posições psiquiátricas, que se tornam responsáveis por emitir um laudo de cessação daquele perigo não pactuado, de um perigo oriundo apenas das posições jurídicas. É a questão: como a psiquiatria pode declarar cessada a periculosidade que ela mesma informou não haver, ou haver sem despertar a emergência da internação? Como declarar a ausência de algo que já era ausente?

Ademais, a periculosidade aferida no início do processo tem única relação com a hipótese diagnóstica – e não com a probabilidade de novo delito -, uma vez que alguma reprimenda, de toda forma, ele sofrerá para dirimir o risco. Contudo, mede-se o grau de risco novamente ao termo de um período de cumprimento da medida de segurança. Daí, o jogo de probabilidade ganha relevo.

\*\*\*

O início do século XX reforça o drama do Hospital Nacional com um segundo público em crescente internação: os alcoólatras. Esse fato ensejou movimentos internos ao governo, especialmente por parte de Juliano Moreira, novo chefe do Hospital Nacional, para a criação de um estabelecimento específico, já planejado para ser distante do meio urbano. Contudo, a partir de 1921, o funcionamento do manicômio judiciário do Rio de Janeiro também contempla os alcoólatras, por serem enquadráveis na legislação.

Às vésperas da outorga do atual Código Penal, a I Conferência Brasileira de Criminologia apresentava a versão internacional dos embates pilares da instituição da medida de segurança, cuja resultante do momento era a aceitação das medidas condicionadas ao momento pós-delitual. O primeiro sistema de tratamento penal compulsório fora criado no Código Penal suíço, de 1937, pelo qual se poderia enquadrar dos imputáveis aos inimputáveis, alternada ou cumulativamente. Mesmo caminho fora seguido pelo Código Penal italiano, em 1939, que foi ainda mais assertivo na interligação da medida com a periculosidade, tornando-se, assim, inspiração biopsicologicista de outros códigos penais pelo mundo, inclusive o

brasileiro, postura legislativa que ainda engatinhava no anterior código, de 1890 (DORNELLES, 2012).

Importante consignar que o texto original do Código Penal de 1940 diverge, em tamanha monta, da última versão, de 1984. É fundamental voltarmos a atenção para aquele conteúdo, outorgado no regime de Estado Novo de Getúlio Vargas, governo atravessado por intempéries nacionalistas, ditatoriais, oportunistas e salvaguardistas, sobretudo porque dois terços do período estadonovista coincidiram com a Segunda Grande Guerra, na qual o Brasil esteve imerso durante um terço desse regime. Essas, as condições que orientaram um modelo penal internacionalmente vanguardista.

De acordo com o texto de 1940, eram dois tipos de medida de segurança: patrimonial e pessoal. Aquele realiza-se pela “interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação e o confisco”; já a pessoal se dá pelas formas detentiva e não detentiva. Notória a distinção de tratamento pelo critério patrimonial, de modo que quem possui bens imóveis podia oferecer-los antes do corpo ser capturado. A detentiva podia ser “internação em manicômio judiciário”, “internação em casa de custódia e tratamento” ou “internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional” (art. 88). Eram concebidas como medidas não detentivas a “liberdade vigiada”, a “proibição de frequentar determinados lugares” ou o “exílio local” (art. 88). Ao manicômio judiciário deveria ser encaminhado o sujeito inimputável ou semi-imputável absolvido, e sua duração era proporcional ao tempo da pena prevista, como ocorre também com as outras duas formas de internação. Verificamos que a diferença entre os tipos de internação não é pontuada pela lei e se caracteriza apenas pelo tempo de cumprimento, sendo menor o rigor temporal conforme a ordem de apresentação das modalidades (manicômio judiciário; casa de custódia, colônia agrícola).

Conforme o art. 91, a liberdade vigiada, espécie de medida de segurança não detentiva, deve ser aplicada como um período de prova após a liberação da internação. Do mesmo modo como ocorre atualmente, com o desinternamento condicional. Novidade que não sobreviveu às alterações legais, o exílio local significava “proibição de residir ou permanecer o condenado, durante um ano, pelo menos, na localidade, município ou comarca em que o crime foi praticado” (art. 97). A medida de restrição de frequência a determinados lugares apresentava uma preferência em relação ao público consumidor de álcool. Algo que se apresenta mesmo setenta anos depois: nas centenas de processos judiciais que selecionamos e chegaram à desinternação, encontramos as seguintes proibições: “não consumir qualquer

bebida alcoólica, drogas e afins; não frequentar bares, botequins, barracas, casas de apostas, lupanares, prostíbulos e similares”. Interessa notar que, ao contrário das modalidades de internação, as medidas não detentivas encontravam definição no Código Penal.

O qualificativo inicial dado à medida de segurança, localizado no art. 76, informa que ela está adstrita à dupla presença do crime e da *periculosidade*, palavra que, como vimos, atravessará as páginas dessa lei sem significação. O mais próximo que se chega de sua definição é o estado em que se apresenta: não deve ser presumida em lei, sim verificável na personalidade, antecedentes, motivos e circunstâncias do crime, quando fazem supor que poderá o sujeito voltar a delinquir. Mas quem são os de periculosidade presumíveis, ou aqueles cuja personalidade e conduta despertam um alerta distintivo?

Primeiro, vem o já conhecido perfil dos que, “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado”, não puderem entender a ilicitude ou, entendendo-a, não puderem agir de forma distinta da compreensão (art. 22). Junto a esse público aparece aquele de sujeitos acometidos de *perturbação mental* durante o ato criminoso. A seguir, as pessoas que apresentem estado de embriaguez, contudo, que seja *habitual*. Após, os reincidentes em crimes dolosos e, por fim, os “condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores” (art. 78). Portanto, a previsão era de aplicação mesmo em caso de condenação.

Quando se poderia aplicar a medida de segurança? Tão logo a sentença judicial determinasse como ainda durante a execução de pena, cumulativamente ou sobrevindo atos que revelassem necessidade de internação. Também era prevista a aplicação provisória, que, finda em 1984, retorna em 2011. Extingue-se a medida quando, como até hoje se dá, novo exame atesta que o “indivíduo deixou de ser perigoso” (art. 81). Mesmo assim, havia a lacônica previsão de um estado em que o sujeito já alcançaria a “cura” sem, todavia, ter deixado de ser perigoso (art. 83), resquício da corrente em favor do reconhecimento da periculosidade pré-delitual.

Aliada à periculosidade, a culpabilidade penal também deve ser definida. Diferente daquela, essa apresenta um gradiente de itens a serem verificados. Um dos seus elementos é a imputabilidade, que atende a critério etário e psíquico. No âmbito *psi*, a partir de *doença mental*, *perturbação mental*, *desenvolvimento mental incompleto ou retardado*, mais a repercussão na *capacidade* de entender a ilegalidade do ato e agir em conformidade com essa compreensão. É nessa senda que se apuram as condições biopsicossociais do comportamento

delituoso, paradigma adotado pelo direito penal brasileiro (ZAFFARONI et al, 2015). Significa dizer que a *doença mental* não é suficiente para aferir a culpabilidade; logo, o uso de drogas circunscrito ao momento do crime não permite concluir pela incapacitação em si, sendo necessária a convivência da imputabilidade (dimensão médica) com a incapacidade (dimensão jurídica), que compõe um “critério psíquico-normativo” (ibidem, p. 143).

Como dissemos, a semi-imputabilidade surge em obediência ao modelo do século XX, em razão do qual se encareciam debates sobre as drogas, sobretudo álcool. Os psicoativos são o impulso para se chegar a esse meio termo, uma imputabilidade (ou capacidade) reduzida não pela clássica *doença mental*, já conhecida desde o século anterior, mas por uma afetação psíquica exógena – a embriaguez. É a hora de a loucura circular por fora do corpo, adquirível e transmissível. Seu controle: o combate à circulação das substâncias e das pessoas, pois, mesmo quem não procure as drogas pode estar em contato com usuárias, o que gera riscos equivalentes.

Enquanto os termos que designam inimputabilidade informam a dupla incapacidade de compreender a ilicitude (cognitiva) e, obviamente, agir conforme a compreensão (volitiva), a semi-imputabilidade, designada por termos relacionados à *perturbação mental*, denota entendimento da ilegalidade, a despeito da dificuldade de se comportar nesses moldes. Vemos que, nos processos do atual estudo, a presença do elemento *perturbação mental* mobiliza distintas posições, produzindo, de certo modo, incoerências e divergências entre as falas e a norma.

No processo de ACMP, após o laudo pericial informar sua semi-imputabilidade a partir do acometimento de *perturbação mental*, a juíza aplica prisão preventiva. Contudo, na sentença, sua decisão terminativa é um redirecionamento oposto: internação. A ponderação que sustenta a semi-imputabilidade deixou a modéstia e se concretizou na alternativa manicomial.

Com maior coerência, o processo de FAF tramitou com decisão de internação sucessora à indicação de mesma modalidade por parte da perícia. Contudo, o quadro era de *perturbação mental*.

Já o processo de MFC produziu laudo cujo conteúdo, de *perturbação mental*, fora completamente contestado pela juíza, em nome da autonomia judicante.

Afora os processos originalmente classificados por essa situação-limite, outros também nos servem para a análise do momento: o caso de ERFJ, acusado de ter esfaqueado outra pessoa, recebera hipótese diagnóstica de *transtorno mental e de comportamento em decorrência do uso de múltiplas drogas*, diante de cuja *perturbação da saúde mental* fora internado. Segundo o promotor, a “extensa folha de antecedentes criminais (...) indica a personalidade violenta do increpado, de forma que, acaso seja solto, prosseguirá em sua senda criminosa”, pois “perambula pelas ruas da urbe, visivelmente transtornado, sob efeito de substâncias inebriantes, a pôr em estado de pânico a coletividade” (guia, p. 03). Como reforço informal de prova, o juiz menciona que o diretor do presídio da prisão preventiva oficiou “postulando, urgentemente, pelo encaminhamento do censurado ao manicômio judiciário em razão de seu comportamento extremamente agressivo, além de apresentar distúrbios psicológicos (...) tornando impossível sua permanência no referido local” (guia, p. 07). Ainda de acordo com o magistrado, “emerge dos autos a periculosidade do réu (...) o que demonstra sua forte inclinação em reincidir no crime em razão de sua perturbação mental que compromete a capacidade de controle do impulso delitivo” (guia, p. 06). Nomeia os antecedentes criminais como forte causa da periculosidade, e não o crime realizado. Por essa razão, parece entender que a medida de segurança de internação terá a finalidade de enfrentar o caráter periculosista de seu histórico de vida, e não da perturbação que, em tese, teria lhe inclinado ao ato julgado.

Ao encontrar o nome de FW dentre os processos judiciais que desencadearam em medida de segurança de internação com a concorrência de uso de drogas, verificamos que ele fora submetido a sete processos criminais, no quais versa o tema dos psicoativos e em três dos quais fora determinada a internação no IPF, por delitos cometidos entre 2012 e 2013. Vamos aos documentos. No primeiro (furto), o juiz, com base no laudo, adverte que

o denunciado não é inimputável, mas tem a culpabilidade diminuída pelo fato de a sua dependência no uso de drogas ter lhe retirado a capacidade de autodeterminação de acordo com o entendimento que tinha sobre o caráter criminoso de sua conduta (sentença, p. 01)

Em outro processo (furto), o juiz repete exatamente a mesma frase, adicionando apenas tratar-se de doença incurável, o que, segundo o laudo, indica internação. E no terceiro (furto), com base no laudo que apresentava *perturbação da saúde mental*, o juiz (mesmo do primeiro processo) escreve que, “por ser toxicômano, viciado no uso progressivo de várias

drogas”, esteve impedido de acordo com o entendimento que tinha sobre a ilicitude do ato (sentença, p. 04). Sendo o único processo dentre os estudados que apresentara recurso ao tribunal de justiça, a promotora de justiça defendia que, diante do quadro clínico, fosse adotada a alternativa prisional em detrimento da alternativa manicomial. Rejeitado o recurso.

Atualmente, a noção de imputabilidade é composta por duas dimensões de capacidade: de entender a lei e de organizar-se em consonância com seu entendimento – em suma, com a lei. Ao se abrir lugar para o segundo tipo de capacidade, volitivo, dá-se fôlego à defesa da noção de liberdade como pilar fundamental do direito penal, o que, atualmente, resulta em fator inconteste. Significaria, então, a retomada do princípio do livre-arbítrio? Se sim, nessa situação, a noção de periculosidade perde o sentido. Bem, antes ou ao lado dessa dúvida, importa refletir que, segundo Velo (2013), alguns autores situados no campo da defesa das liberdades frente ao direito penal informam que

o verdadeiro fundamento penalístico da imputabilidade não tem a ver com a incapacidade de agir de outro modo, presente no doente mental, por exemplo. O fundamento estaria nas funções da pena, ou seja, o inimputável não reúne condições psicológicas de ser afetado pela ameaça penal como os indivíduos saudáveis, razão pela qual têm de ser tratados e não punidos (p. 213).

Se a resposta punitiva, contudo, for a única via de confirmação da responsabilidade, então, encontramos outro problema, mais adiante debatido: o deslocamento do sujeito da via da responsabilização retira-lhe a oportunidade de estar frente ao Estado em pé de igualdade com alguém avaliado como imputável. Assim, gera-se uma condição de *subcidadania*, pela não garantia do direito de responder por ato cuja prática lhe é atribuída. Do mesmo modo, conforme o excerto citado, subcidadania por não lhe ser reconhecida a capacidade de assimilar o processo punitivo da pena.

Ademais, a elevação da finalidade intimidatória – em detrimento da incapacidade de agir de outro modo – implica igualar, para fins de resposta penal, todas as pessoas que cometam crimes; afinal, a intimidação não fora forte o suficiente, razão pela qual seriam seus contestadores loucos. De todo modo, a prática jurídica brasileira compreende, querendo ou não, que a relevância é não do poder intimidatório da resposta estatal, mas da condição que o sujeito (não) tem de agir de modos distintos, questão em torno da qual orbita a noção de periculosidade.

### 5.5.5.2. Cronicidade

Vimos que alguns processos dispõem de falas sobre *uso crônico*, atribuído às substâncias psicoativas. De outro modo, é usual a aplicação da nomenclatura para adjetivar o estado de avanço de determinada doença, bem como, especificamente no âmbito manicomial, o nível de institucionalização dos internos. Desde já, interessa notar o sentido camaleônico da palavra *cronicidade* e seus derivados, o que nos convida a voltar no tempo mais uma vez. Olharemos para a história manicomial sob mais um distinto espectro.

Segundo Roberto Kinoshita (2016), a história da relação estatal recente com a loucura apresenta um padrão de “crítica seguida de reforma, crítica, reforma da reforma, crítica e reforma da reforma, iniciada com as casas de internamento no século XVII” (p. 27). Ao propor uma aproximação entre dimensões da cronicidade com a noção de autopoiese de Maturana e Varela, Kinoshita evoca os movimentos psiquiátricos que se orientam por novas proposições frente ao estado de coisas que se estabeleceram no âmbito hospitalar. Inicia com alguns marcos, como o pioneiro pensamento de eliminação da violência institucional de Willian Battie (1703-1776), predecessor ao francês Pinel. O médico inglês propunha-se a humanizar o tratamento, na linha do que seria, a seguir, o tratamento moral. Cem anos depois, o inglês John Conolly, durante a direção que prestou ao hospital psiquiátrico de Hanwell, já conseguira eliminar os instrumentos de contenção física, movimento que, sabemos, espalhou-se pela Europa junto com as reformas burguesas da metade do século XIX. Do mesmo modo, o Brasil tinha em Teixeira Brandão um forte representante dessa vertente psiquiátrica.

Considerando que a cronicidade seja o fio condutor das operações políticas e mobilizações sociais pelas mudanças de paradigma no campo da saúde mental, o primeiro ciclo reformador, com Pinel na dianteira, desenvolveu, disparado por J. Conolly, os princípios operativos e científicos do tratamento moral – nessa ordem, por assim dizer, dado que a prática orientava a construção das noções que embasariam os conceitos.

A despeito da passagem de um século de expressões marcantes da violência institucional na Europa e América, é verificável que a relação médico-paciente se constituía de modo sólido, seja para fortalecer o lugar da psiquiatria - primeiro como especialidade da saúde pública (e não necessariamente da medicina) -, seja para fazer valer, junto ao paciente, seu papel de objeto de intervenção que possibilitaria o alcance da cura moral das sociedades envolvidas. Essa relação há de se alterar adiante.

Para Kinoshita, o período entre fim do século XIX e a Segunda Grande Guerra compôs o segundo ciclo da reforma da noção de cronicidade. Tratou-se de um momento em que diversos avanços tecnológicos repercutiram, entre outras searas, no campo microbiológico, com o desenvolvimento de uma série de instrumentos e medicamentos de profilaxia e controle sobre os agravos à saúde. São os primórdios da medicina preventivista. Aliado a urbanização, o crescimento demográfico hospitalar também ocorrera pelo crescimento do que se convinha chamar de cronicidade, atributo institucionalmente reconhecido no sujeito cujo estado de saúde mental, em poucas palavras, piorava quanto mais tempo permanecia na instituição.

Contudo, era minoritária a percepção da parcela (senão o todo) da responsabilidade institucional como concorrente para o quadro grave dos pacientes. Logo, investiu-se ainda mais nas tecnologias de depuração demográfica, criando-se seletividades mais rigorosas, das quais cada vez menos gente saía e mais entrava pelas portas hospitalares, sob a justificativa de que os psiquiatras asilares, aqueles do século anterior, pouco entendiam do assunto. Dentre as invenções, a eletroconvulsoterapia, a convulsoterapia por cânfora, a inoculação de bactérias ligadas à malária e a lobotomia ganharam destaque mais em função dos efeitos deletérios, tardiamente desvendados ao público, do que pelos baixos resultados positivos. Todavia – e para isso faz questão de apontar Kinoshita –, os efeitos dessas operações mecânicas e elétricas não eram os únicos resultados iatrogênicos desse período: o crescimento da tecnologia pesada como mediadora da relação médico-paciente é que deu nova vestimenta ao secular vínculo. Assim, “o elo entre a psiquiatria e o asilo pouco a pouco se enfraqueceu, e os novos médicos passaram a desenvolver seu trabalho mais no espaço dos laboratórios para pesquisas ou em seus consultórios” (p. 44). Em suma, curiosamente, as mazelas institucionais do século XIX eram acompanhadas de um vínculo mais forte entre médicos e pacientes; ao contrário, no século XX, a tecnologia laboratorial e de intervenções distanciou-os, o que agravou ainda mais o quadro clínico das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos.

Sabemos que, para a construção do modelo manicomial, o Brasil inspirou-se em conhecimento exportado da Europa, sobretudo da França, Itália e Inglaterra. Ademais, vale lembrar que as práticas localizadas nos Estados Unidos de fim do século XIX também orientaram alguns psiquiatras expoentes do plantel nacional. Seguiremos, conforme estudou Kinoshita, pela história dos ciclos americanos, que nos permite aproximar momentos de distintas argumentações sobre cronicidade, um constante organizador das políticas.

A primeira corrente de repercussão interna fora o Movimento de Higiene Mental, encabeçado pelo estadunidense Clifford Beers, em 1908, na crítica ao modelo hospitalar em vigor. Já vimos como a higiene mental operou estrategicamente no contexto educacional, em ações de inspiração também norte-americana. Ao mesmo tempo, pautados na recém-criada Psiquiatria Dinâmica, Beers, Meyer e outros desenvolveram as primeiras terapias em espaços menores e, alguns, de caráter comunitário. Segundo Kinoshita, a capilarização dessa terapêutica aproximou novos perfis clínicos, cujo desenlace, pela falta de conhecimento específico, resultou em novos ciclos de institucionalização, com índices alarmantes, por exemplo, em Nova Iorque: seu hospital psiquiátrico, até 1950, chegou a receber 93 mil pessoas; em 1955, os estabelecimentos estadunidenses chegaram a internar 560 mil pacientes, maioria considerada crônica. Duas causas concorreram para tal quadro, além da concepção *hospital-dia* de pouco fôlego científico: a Depressão de 1929 e a Segunda Guerra Mundial; por aquela, recessão econômica de secar os baldes d'água dos hospitais e espaços de saúde comunitários; de parte da Guerra, o retorno dos soldados diretamente para o interior dos estabelecimentos. Mesmo com certo atraso, o tipo de cuidado aportado pela higiene mental gerava uma gradual queda no período médio de internações.

O paradigma da atenção comunitária, todavia, era sem volta: após o de Beers, o Movimento de Saúde Mental Comunitária desponta após a Segunda Guerra, absorvendo as práticas clínicas ofertadas aos pracinhas e que tinham como premissa a inclusão da família e comunidade para o campo terapêutico, a partir da proximidade, identificação e tratamento precoces, simplicidade e expectativa de retorno imediato à vida cotidiana (KINOSHITA, 2016). Esses adjetivos empregaram grande sucesso na empreitada dos psicodinamicistas, com efeitos práticos, a partir da década de 1950, de redução de internações e atenção preventiva a todas as necessidades em saúde. Aprovada em 1946, a nova Lei Nacional de Saúde Mental previa a criação do Instituto Nacional de Saúde Mental, fundado em 1949. Contudo, por ter sido essa segunda trilha – preventivista – a que mais fama auferiu, novamente ocorre um efeito colateral na vida dos moradores de hospitais psiquiátricos: o sucesso *lá fora* não repercutiu com mesma intensidade *aqui dentro*. Se, nos EUA, “entre 1955 e 1975, os atendimentos extra-hospitalares cresceram em torno de doze vezes, respondendo por 75% dos atendimentos em saúde mental” (p. 57), com a multiplicação de carreiras da saúde e modalidades de atendimento, o número de idosos cresceu vertiginosamente no interior dos hospitais, os novos velhos crônicos.

Em reação a essa nova inversão, o governo norte-americano criou novas linhas de alto financiamento e os demais segmentos inauguram o Movimento de Desospitalização, que tem numa daquelas linhas o impulso de sua nova teoria: o subsídio para abertura de clínicas privadas para idosos fez cair a população internada, em 1980, para um quarto da institucionalizada em 1955. Paralelamente, centros de saúde mental encantam as perspectivas da nova Psiquiatria Comunitária. Empurrados para a agenda do dia, os medicamentos desenvolvidos esparsamente nos anos 1950 e as terapias ambientais foram dois mecanismos relançados no debate institucional-comunitário, com vista a fortalecer as frentes preventivista (com psicotrópicos) e de desinstitucionalização (com psicotrópicos e terapias ambientais). Valiam-se, ainda, da experiência inglesa das comunidades terapêuticas, nada parecidas com as que temos atualmente no Brasil, pois, aquelas se posicionavam contrariamente ao autoritarismo atribuído aos hospitais psiquiátricos e em favor da participação ativa dos pacientes em seu projeto terapêutico. Ao cabo, novo efeito cronificante: transinstitucionalização dos idosos e desospitalização dos mais jovens<sup>51</sup>.

Com a Guerra do Vietnã, entretanto, os investimentos estadunidenses retiraram o novo modelo eminentemente comunitário do campo de prioridades orçamentárias. A lei de seguro social, de 1965, ainda contribuiu para a segmentação não universal do tratamento, pois alterou o perfil dos hospitalizados, garantindo, com prevalência, a atenção aos idosos (*Medicare*) e à população em situação de rua (*Medicaid*) de modos distintos. Com isso, mantém nos hospitais todo o público restante diagnosticado com transtornos. Mais, com a nova guinada da psiquiatria tecnológica e medicamentosa, na década de 1970, essa categoria profissional e campo de saber gera novos aportes para criação e domínio dos mecanismos de detecção precoce e controle do comportamento. Os estabelecimentos hospitalares ganham oxigênio contando, em especial, com a emergente indústria de medicamentos psicotrópicos, alavancada, por sua vez, pelos novos desígnios das Classificações Internacionais de Doenças (CID) e dos Manuais de Diagnósticos Psiquiátricos (DSM), instrumentos de aferição diagnóstica que já problematizamos na situação-limite 02 (*laudos*).

Ainda nos anos 1970, o crescente sucesso associado aos serviços prestados pelos centros comunitários de saúde mental instigava as autoridades estadunidenses a ampliar o público atendido, dentre eles o de usuários de drogas. Na falta de manejo e gestão, diante de

---

<sup>51</sup> Importa informar que transinstitucionalização é a operação de encaminhamento do sujeito de uma instituição total para outra, breve ou permanentemente. Desospitalização, por sua vez já autoexplicável, pede, contudo, uma reflexão: não implica construção de rede comunitária, mas tão somente desinternação do sujeito que, por vezes, permanece necessitando de cuidados fora da instituição.

tantas intempéries bélicas e, por consequência, econômicas, os ex-moradores de hospitais psiquiátricos tornaram-se novamente residuais. Novamente crônicos. Diante das remodelações estadunidenses que, no prumo liberal, sucatearam ainda mais os pontos públicos de atenção à saúde mental, a cronicidade, agora atravessada por uma população que envelheceu na companhia dos psicoativos e psicotrópicos, mantém-se inabalável. A questão continua: afinal, quem é o crônico nessa história da psiquiatria?

Segundo Kinoshita, já nos tempos de Pinel, a cronicidade era vista como “resultado da falta de cuidados humanitários adequados” (p. 77). Na fase seguinte, era asilar do século XIX, o desenvolvimento dos hospitais psiquiátricos como espaço prioritário para o tratamento moral não gerou todo o resultado esperado, sendo sua baixa qualidade, ainda que com cuidados então considerados humanitários, a expressão da cronicidade. Portanto, a definição permanecia externa ao sujeito, pois intrínseca às características de gestão do cuidado. Contudo, o século XX, com a proeminência do organicismo psiquiátrico, promove o consenso hegemônico segundo o qual cronicidade está interna ao sujeito porque desencadeada pela evolução da moléstia orgânica. Mas é após a década de 1930, momento de conquistas da microbiologia, que o significado se aproxima definitivamente do que encontramos ainda hoje: crônico é o sujeito refratário a um tipo de tratamento. Nas décadas seguintes – e essa a razão da presença do histórico dos movimentos e políticas estadunidenses – a forte polarização entre as visões expressava-se, de um lado, pela defesa de que os hospitais criaram a atmosfera da cronicidade; de outro, pela versão segundo a qual os comunitaristas não acolheram os institucionalizados. Crônicos, assim, passam a ser os “indivíduos negligenciados e abandonados nos hospitais” (p. 79).

Em termos conceituais, a adoção da palavra fora majoritariamente estudada nas terras anglo-saxãs. No campo psiquiátrico não comporta um consenso atual, mas deriva de uma origem gramatical certa: crônico é o que persiste no tempo, tem fluxo e continuidade. Assim, uma doença crônica não é necessariamente a oposta à aguda, podendo se justapor ambos conceitos, dado que crônica pode ser a doença repentina, porém persistente e não progressiva. Segundo Kinoshita, nos EUA, são três critérios que orientam o trabalho de se definir a cronicidade. O primeiro, diagnóstico, é ligado a um conjunto cada vez maior de nomenclaturas, não sendo, contudo, associado ao campo de álcool e outras drogas. O tempo de duração é o segundo e de mais difícil acordo, dado que pode ser identificado no mais comum sujeito com persistente transtorno mental como naquele que cometera suicídio diante dos primeiros sintomas. O terceiro, desabilidade, neologismo derivado do termo original em

inglês, informa que cronicidade pode ser resultado de um prejuízo ocasionado por barreiras de várias ordens. Fato é que, com mais ou menos ênfase, o critério externo, ambiental continua sendo um importante indicador nas avaliações sobre a qualidade dos serviços de saúde mental, inclusive no Brasil, onde a palavra *cronicidade* ainda está ligada àquelas pessoas cujo quadro clínico agravou-se em razão da ausência ou insuficiência de cuidados institucionais.

Em espelhamento, talvez possamos dizer que a justiça criminal está em processo de cronoficação. Embora não seja situada na clássica posição de assujeitamento, o fator de cronicidade que carrega consigo está ligado ao modo estanque e institucionalizado de agir, embotado e, ao mesmo tempo, insuficiente nos seus propósitos.

#### 5.5.6. Situação-limite 06. Responsabilização da família na condição de egresso

- **Questões recorrentes.** Por que o crime vai além da pessoa do criminoso? Por que se paga pela ausência do outro?

Se no Código Penal atual, o destino da pessoa inimputável é a instituição – de internação ou ambulatorial –, já o código criminal do Império (1830) apresentava o retorno à família como um dos encaminhamentos judiciais, ao lado da opção hospitalar, tendo em vista que não havia previsão legal expressa de inserção no contexto prisional. Exceto se cometido o crime em intervalo de lucidez, o que, de certa forma, era o álibi para enclausurar nas prisões determinados sujeitos indesejáveis socialmente.

O encaminhamento passou a ser organizado por posições isoladas de inspetores de quartirão a institucionais da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro<sup>52</sup>, que classificava e sugeria a destinação, respectivamente, dos loucos inofensivos à família e dos perigosos à Santa Casa de Misericórdia. Dentre esses, havia os embriagados, dos quais alguns assemelhados aos animais ferozes – e pela mesma lei tratados. Isso, até a década de 1850, quando a nova institucionalidade do hospital psiquiátrico abre alas para a consolidação do asilamento. De lá para cá, sabemos, aos olhos judiciais, o lugar da família foi se distanciando da instituição total, que passa a ocupar o lugar original. Contudo, com o advento das políticas

---

<sup>52</sup> Criada em 1829 e, em 1835, transformada na Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro (ENGEL, 2001).

públicas de saúde e de assistência social, a família passa a ser reconduzida para a centralidade do cuidado.

Três fases processuais nos chamam atenção quanto à presença da família. Trata-se de momentos em que a família alvorece sem movimento, simplesmente surge a partir de uma posição passiva à qual é submetida pelas forças judiciárias. O primeiro momento é o do exame de sanidade mental, bilhete de ingresso no manicômio judiciário. O segundo é a saída temporária, encontrada em vários processos, direito da pessoa presa a passar dias, geralmente comemorativos, fora do cárcere. O terceiro é o momento do desinternamento condicional e da extinção da medida de segurança, isto é, quando o sujeito deixará a instituição. Vamos a cada um deles.

“Antecedentes mórbidos familiares: relata que o irmão foi assassinado por ser traficante. Nega antecedentes nosológicos” (processo de D., laudo, p. 04). Assim se introduz o assunto *família* no laudo referente ao exame de sanidade mental de D. É visível a associação da vida do periciando ao fato de o irmão de morrido *justamente* por causa relacionada às drogas; e disparam a dúvida – ou a certeza da acuidade pericial – sobre relação com eventual *doença* do passado. Como nos demais processos, a seguir, o Histórico Social pinça informações e versões relatadas por D. sobre si e a família: o texto publiciza acerca do lugar e condições do nascimento, desenvolvimento neuromotor e cognitivo, número de irmãos, relacionamento com os pais, amigos e amorosos – sobre cuja intimidade sexual se comenta (o que é comum a todos os processos). No mais, segue o padrão textual que conhecemos na situação-limite 02 (*laudos*).

Quanto mais se fala de aspectos aparentemente periféricos à conduta ilícita ou mesmo do uso de drogas a ela associado, mais eles (os aspectos) deixam de ser inofensivos e longínquos para, ao serem artificialmente aproximados do delito, consolidarem-se como determinantes do ato infracional, e assim – um ganho extra para a pactuação institucional – atingir as expectativas judiciárias sobre o sucesso investigativo psiquiátrico. Ou seja, se a esse profissional é reservado o lugar de, obstinadamente, desvendar não o crime mas a doença em torno dele, o desafio é bem diferente do que o enfrentado pelos juristas do processo. Pois, desvendar o crime demanda um protocolo padrão que inclui a obediência à legalidade e procedimentalização probatória. Já no âmbito psiquiátrico, é notória a liberalidade subjetiva com que os peritos lidam, a partir de método que já aventamos na situação-limite 02 (*laudos*).

A condição de escusa da psiquiatria não ter de julgar sobre a responsabilidade jurídica do sujeito não a isenta – ou, melhor, não lhe retira o poder – de julgar-lhe em outras dimensões, suficientes para haver a dupla condenação: de médico e de juiz, porquanto tenha sido o/a médico/a um pouco de juiz/a, fazendo passar o sujeito da condição de réu para o estatuto de condenado (FOUCAULT, 2002). Em outro diapasão, ao julgar a culpa real, o médico se constitui em um lugar judicante que reposiciona o/a juiz/a ao nível de não mais julgar a responsabilidade, mas sua ausência, diante do que não mais debate as penas, mas a cura.

Desvendar a doença impõe o desvendamento de causas que lhe propiciaram servir de gatilho para o delito. Essa parece ser a hegemônica interpretação que fazem dos casos. E dentre as causas, o histórico familiar é um importante contribuinte.

No laudo sobre JMF, informam os peritos: “colhemos com seus familiares que o examinando morou em São Paulo durante 10 anos onde foi vitimado por um traumatismo craniano” (guia, p. 10). Os familiares serviram de emissores privilegiados de informações, haja vista a confiabilidade e validade de suas versões. Confiabilidade pela coerência dos dizeres na cronologia de vida; validade pela legitimação discursiva, isto é, para além da fala em si, a autoridade de ser um familiar geralmente voltado aos cuidados do acusado. O conteúdo é inequivocamente ingrediente para o balão de ensaio pericial: o traumatismo é a primeira suspeita remota do transtorno que, em associação com bebida, teria levado à prática infracional. Por ser trazida pela família, ademais, a versão do traumatismo *cai para cima*: a despeito de – e justamente por - não carregar um estatuto científico, retira-se a suspeita de corporativismo sobre a perícia caso obtivesse o dado de outro/a médico/a; e passa a obter o selo de fidedignidade pois proferido por quem mais conviveu com o sujeito.

No caso de FAF, a recomendação pericial é de tratamento ambulatorial de modo a permanecer “custodiado pela família” (guia, p. 08). Verbo de uso tipicamente judicial, *custodiar* é empregado com um fim tutelar sob normas de natureza pública, nesse caso atribuído à família, que deve encarar a missão como dever perante o Estado.

Durante o exame feito em GGB, a perícia inscreve que “tem uma família com vários membros alcoólatras, nega transtorno mental em seus familiares” (guia, p. 08). Ao contrário desse excerto, na escrita pericial, é comum encontrarmos a reprodução indireta de fatos e dinâmicas exclusivamente próprias da família do sujeito. Ou seja, via de regra, a primeira oração – de domínio privado – apareceria como: *refere / informa / diz que tem uma família*

*com vários membros alcoólatras.* Contudo, a frase se inicia com o sujeito indeterminado na flexão do verbo *ter*. A segunda oração demonstra como a construção da primeira é incomum: o verbo *negar* em terceira pessoa confirma o modo usual de reprodução indireta das falas cujo teor remete a informações de foro familiar, e não de domínio público. As mudanças de tom linguístico são marcantes para sugerir tendências ou mesmo posições demarcadas acerca dos fatos e versões apresentadas.

Ademais, chama atenção a correlação entre hábitos imorais, que, fortuitamente, não acometeram os demais como ao acusado. Correlação que também se estabelece entre os transtornos mentais, fato sobre o qual pairou dúvida que, se não entra objetivamente no cálculo pericial, ao menos permanece no imaginário das demais autoridades judiciárias. É também no laudo de GGB que encontramos o trecho, anteriormente analisado para outros fins, em que sua mãe informa que ele bebe diariamente, inclusive nessa data do exame, o que dificulta demasiadamente a convivência.

O segundo momento de importante luz sobre a incidência do Estado Penal na vida das famílias de pessoas encarceráveis no manicômio judiciário é tão breve quanto o evento para o qual se organiza: os pedidos de saídas temporárias devem ser submetidos ao crivo administrativo, que o submete ao judicial, que, por sua vez, encaminha ao psiquiátrico. Novamente a psiquiatria avaliza a decisão de liberação. Nesse caso, vale reforçar, é o/a médico/a da instituição IPF a se pronunciar, e não o/a perito/a. É o único momento dos processos em que vemos esse/a profissional se manifestar.

No processo de GGB, o papel da família tem destaque no apoio ao tratamento, “de suma importância para sua reinserção sócio-familiar” (laudo, p. 02). Equivalente, a relação dele com as outras pessoas presas também é adequada. A partir de mesmos termos utilizados nas avaliações favoráveis em geral (“bem orientado auto e hetero psiquicamente”, “atenção normovigil e normotenaz”, “humor adequado”, “QI em consonância com o baixo nível sócio cultural financeiro (sic)” (p. 02)), opinam por “passar os festejos natalinos em companhia dos familiares” (p. 02).

Mesmo parecer, sem tirar ou colocar palavras em relação ao de GGB, é o favorável à saída temporária de ACMP para festejos natalinos, dado que a proposta foi aceita pela família “inclusive se responsabilizando por toda sua estada nesse período”, o que, ao final, ladeando a opinião favorável à concessão do benefício, é reforçado pela advertência incumbente à família: “seus familiares estão esclarecidos da responsabilidade que será dispensada ao

paciente durante sua estada no seio familiar” (laudo saída temporária, p. 01). Aqui, é marcante a responsabilização da família, que, sob o manto judiciário, deve assumir o dever de Estado e do sujeito. Duplo dever porquanto o Estado se isenta e o sujeito, que, quando no interior do manicômio, é instado a uma série de comportamentos, também não é mencionado. É a psiquiatria que apresenta a exclusão do Estado do dever de manter-se responsável já que ainda mantém o controle da vida do internado. Comprometida com a função de obter dos familiares a promessa de vigilância, a mesma psiquiatria que atende diariamente o sujeito lhe subtrai a oportunidade de exercer autonomia e autocuidado fora do estabelecimento. A posição psiquiátrica se justifica na medida em que se faz necessária quando o sujeito voltar, desejando que retorne com a mesma postura, sem mais problemas do que quando saiu. Ao mesmo tempo em que se, quando do regresso, estiver o beneficiado ainda *melhor* do que quando saiu, o sentido da intervenção psiquiátrica torna-se questionável, porque talvez um tanto dispensável, uma vez que a *mudança* teria ocorrido longe de seus olhos.

Último momento de protagonismo da família, as decisões judiciais de livramento (desinternação condicional e extinção da medida de segurança) são promovidas sob o imprescindível comparecimento dos familiares. Na decisão de liberação, dentre as ordens comuns a todos os processos, deve o sujeito “continuar o seu tratamento junto ao CAPS AD, mediante responsabilidade de seus familiares”. A decisão é precedida de laudo autorizativo, que, no caso de JMF, assim se encerra: “sugerimos, portanto, seu desinternamento, e que cumpra rigorosamente o tratamento psiquiátrico preconizado para o mesmo, de preferência em CAPS, usando a medicação prescrita e sob orientação de familiares” (defesa, p. 03). A audiência de desinternamento condicional, por seu turno, estabelece a termo, dentre os presentes, nome da mãe, RG, “o qual (sic) assumiu responsabilidade pelo paciente”.

Ao final do processo, a extinção da medida de segurança de ACMP é autorizada pela perícia sob os seguintes termos:

concluimos está (sic) o paciente com a periculosidade cessada e assim em condições de manter-se inserido no seio sócio-familiar, devendo continuar o tratamento no CAPS onde encontra-se (sic) inserido e custodiado pelos familiares **pelo restante da vida** (destaque nosso, laudo extinção, p. 04).

ERFJ passou por audiência de desinternamento que tivera outro resultado: indagado pela juíza, o pai respondeu não ter condições de receber o filho, que, segundo aquele, tem postura agressiva e amedronta os demais familiares em casa. Diante disso, a juíza determinou

o acionamento de serviço residencial terapêutico, estratégia da rede de atenção psicossocial voltada às pessoas que permaneceram nos hospitais psiquiátricos e de custódia e tratamento por dois anos ou mais, o que atribui a elas a insígnia de moradoras (da instituição).

Desafortunado, FMF, em condições análogas de ausência de acolhimento familiar, não obteve o mesmo direito de liberdade: não lhe faltava acolhimento, faltava-lhe o familiar propriamente. Sua desinternação fora postergada ao limite de nossa capacidade de aguardo. Até a última verificação que fizemos, não há resultado distinto do *vai-e-vem* burocrático que tomou de assalto a tramitação do processo, notadamente já na fase após a cessação da periculosidade. Depois de tudo e todos vencer, FMF permanece internado por ausência de membro familiar. Diferentemente da situação de ERFJ, cujo pai comparecera, sem nem familiar para negar-se a receber, FMF aguarda outras possibilidades de saída. Seu processo não andou por cinco anos de cessada a periculosidade, quando, em 2016, o cartório do fórum informou ao juiz que não executou a ordem dada em 2011 – de acionamento do governo estadual para providências quanto à residência terapêutica – por estar assoberbado. E indaga se ainda seria o caso de fazê-lo. Essa situação processual foi a mais calamitosa em termos de violação de direitos. Ainda que não nos dediquemos, nesse estudo, a mensurar a lesividade da procedimentalização da vida na trajetória dos sujeitos, não podemos deixar de escancarar uma grita de indignação sobre a condução do processo que, por sua vez, conduz a vida de FMF.

\*\*\*

A posição da família nos processos criminais que resultam em internação é historicamente controversa. Melhor dizendo, mutante. Como observado, nosso primeiro código criminal (1830) regulamentou a situação – antes da hegemonização da psiquiatria e da instituição manicomial no Brasil – vendo na família uma opção mais abrangente de garantia da ordem social. A ela se atribuía a condição de cuidado de seu ente mesmo após eventual descuido que tenha desembocado em ações violentas ou imorais para o que a *doença mental* tenha concorrido. Essa posição tem correspondência em outros universos sociais, alguns dos quais com normas inspiradoras às brasileiras.

Segundo Heleno Fragoso (1981, p. 06), “a pena de prisão surge no século XVI com o caráter de medida de segurança”. Obviamente, o autor aponta para Casas de Correção criadas

para a separação de desordeiros, vadios, desocupados etc, de modo que nelas trabalhasse, inclusive para gerar renda que compensasse seu sustento. Em 1552, na Inglaterra, inaugura-se a idéia em um castelo abandonado em Bridewell, por iniciativa dos protestantes. Em 1595, Amsterdã adere ao que se concretiza em 1656 na França. Ensaios da prisão contemporânea.

Durante o Antigo Regime francês, vigorou um modelo de produção de resolução autocrática de conflitos entre o poder régio e os indivíduos orientado por um instrumento denominado *lettre-de-cachet*. A princípio, segundo Foucault (2002), tratava-se de ordem real para a realização de alguma obrigação, o que evoluiu para contenções que deram tenacidade ao mecanismo *prisão*, até então marginal à reforma penal iluminista de Beccaria. O fluxo concedido às *lettre-de-cachet*, contudo, era de controle absoluto da polícia<sup>53</sup>, cujos princípios ocidentais contemporâneos foram, segundo o filósofo, inventados por França e Inglaterra, a qual, por sua vez – e como já dissemos no início –, antecipou a instituição em razão da necessidade de controle dos roubos nos portos e estaleiros.

Aos poucos, essa ordem também passou para o controle dos indivíduos e suas famílias, que, na condição de peticionários, acionavam o poder real com diversas solicitações em face de determinada pessoa. Passo seguinte, pessoas comuns passavam a usar o mecanismo em face de outras pessoas, por vezes, da própria família. A reprovação do solicitante apresentava teor prevalentemente moral, religioso ou de trabalho. Na medida em que o rigor punitivo tem espaço nesse instrumento, vemos que “a prisão, que vai se tornar a grande punição do século XIX, tem sua origem precisamente nesta prática para-judiciária da *lettre-de-cachet*, utilização do poder real pelo controle espontâneo dos grupos” (FOUCAULT, 2002, p. 98).

Alyne Silva (2015) desenvolve uma relação, mediada pelas *lettre-de-cachet*, entre os avanços da prisão e da internação psiquiátrica, de estudos oriundos, respectivamente, de Michel Foucault e Robert Castel. Segundo a autora, a convergência promovida pela carta, utilizada para ambas estratégias de asilamento, fortaleceu sobremaneira a era da reforma moral do século XIX.

Vemos, então, como se posicionou a família nos princípios da clausura penal e psiquiátrica, momento em que sua participação nos processos de fiação dos tecidos sociais foi

---

<sup>53</sup> Podemos observar uma perenidade da força policial no tempo. Em *As origens do totalitarismo*, Hannah Arendt (1989) expõe fissuras geradas pelo poder policial durante a Segunda Guerra Mundial. Na mesma França, a polícia chegou a ter maior reconhecimento político do que os ministérios de controle das fronteiras e das relações diplomáticas de alguns países, chegando a ditar distintas e mais rigorosas normas para as fronteiras.

de fundamental e datada importância. Vejamos que nosso código criminal se aproxima, cronologicamente, do período em que as *lettre-de-cachet* e suas distintas finalidades fortaleceram práticas judiciais de uma sociedade disciplinar. Todavia, na medida em que a virada iluminista degolava o rei, o poder administrativo incorporava uma série de mecanismos reais de governo, entre eles o vínculo que as *lettre-de-cachet* produziam entre os indivíduos e a Coroa. A dinâmica demandante fora apropriada pelo poder burguês, que usurpou as funções punitivistas privadas, expandindo significativamente a finalidade que se consolidou com aquele instrumento: o isolamento. De outro modo, é dizer que, de tão reivindicado pelas famílias, o poder régio foi se imiscuindo nas relações privadas e conflitos intrafamiliares a ponto de desenvolver, por dentro do poder administrativo, a automação das ações de internamento-prisão. É nesse passo que a sociedade brasileira também reinventou as estruturas sociais de punição, reposicionando, com isso, a família no interior dos mecanismos de segregação dos sujeitos.

A legislação penal nacional que segue o Império e a República Velha mantém um sistema de alternativas. Por ambos códigos (1830 e 1890), era facultado à justiça encaminhar o sujeito para estabelecimentos apropriados (em 1830, previam-se apenas “casas para elles destinadas”; em 1890, já se apontavam os “hospitais para alienados”) ou para suas famílias. Com o desenvolvimento da noção médica de isolamento do corpo para o isolamento do louco em relação à própria loucura, o hospital especializado torna-se imprescindível, ganhando o terreno dos cuidados que era atribuído à família, que, de auxiliar judiciária e social na garantia de retidão do parente, passa a ser compreendida como impostora e incapaz do cuidado de seu membro, na medida em que influenciava negativamente no tratamento e no afastamento social. Era a opinião dos médicos, não a de juristas. Contudo, o enraizamento das especialidades mantém essa tônica, até a família desaparecer no Código Penal atual.

Dos anos 1940 para cá, a história de contato e distância das famílias das pessoas internadas por medida de segurança é guiada por procedimentos que se organizam numa esquizofrênica relação institucional – com os familiares – de repulsa e atração: por vezes, a família é condição impostergável de andamento do processo, mas, por vezes, é sua ausência necessária a todos, menos, claro, à pessoa presa, como trata Luciana Brito (2018), em seu estudo sobre a história institucional do “homem mais antigo do Brasil”. Juvenal esteve internado em manicômio judiciário por 46 anos, dos quais 25 com alvará de soltura, mas, pela ausência de membro familiar que lhe buscasse, permaneceu preso. Sua história foi descoberta

durante a incursão da equipe do primeiro e único Censo (DINIZ, 2013) realizado nos HCTP do país. Assim reflete a autora:

Para a família, a clausura em manicômio judiciário pode tanto servir à prevenção de futuros atos violentos do louco como representar um período de distanciamento, nos casos em que o gesto violento foi cometido contra a rede familiar ou doméstica. Chamo de ‘período’ porque, após um intervalo, o dobramento penal-psiquiátrico passa a reclamar a presença familiar (BRITO, p. 72).

Essa elasticidade processual é o que se manifesta nas oportunidades que vislumbramos de surgimento da família nas etapas do controle psiquiátrico: na entrada, durante a internação e na saída do manicômio judiciário. Com a diferença que, para entrar, não há convocação para participação ativa da família – pelo contrário, é o momento da ruptura para cujo sucesso as forças judiciárias, vimos, promovem a ausência da parentela. Durante as oportunidades de saída temporária, a família tem um lugar central, mas não tão participativo: na passividade em que é localizada, apresenta-se como válvula de escape, território afetivo que enseja ao Estado simular postura moderada de garantia de direito à convivência familiar. Para a saída definitiva, a família é instada a posicionar-se em um lugar ativo, sem, todavia, direito de fala. A opção é única: receber o sujeito, retirando-o do centro do perigo institucional, do risco de as forças judiciárias demoverem-se da idéia ofertada; do risco de as autoridades, mesmo compreendendo a ilicitude residente na negação do direito, não agirem de acordo com tal entendimento.

Se o campo de subjetividades informa um tipo de família cansada e passiva no aguardo do retorno – desejado ou não - de seu familiar por anos ou décadas *preso no hospício*, há cerca de trinta anos é disparado um giro sócio-familiar rumo à centralidade do grupo na vida dos sujeitos. Giro, porém, não oriundo das políticas criminais, mas das políticas sociais, sobretudo saúde e assistência social. Por essas seguiremos, em cujo trilho, adiante, encontraremos novamente as políticas criminais.

As políticas públicas de saúde e assistência social têm gênese na atual Constituição Federal (1988), que reconhece ser a família “base do Estado (...) [com] especial proteção do Estado” (art. 226). Compõem, junto com a previdência social, a seguridade social. Manifesto sobretudo na assistência social, o lugar central da família<sup>54</sup> organiza a política sob a

---

<sup>54</sup> Importante notarmos que a noção de família, transitória na história, encontra novos papeis e configurações na atualidade brasileira. Entretanto, no desenho institucional das políticas de saúde e assistência social não há

perspectiva dupla da garantia imediata de direitos (direitos socioassistenciais) e da articulação de políticas sociais básicas diversas.

De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993), a política de assistência social define-se como “política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (art. 1º da lei federal n. 8.742/93). Ainda nesse vestibular, importa dizer que é garantida para a “proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” (art. 203, I e II, Constituição Federal).

A Política Nacional de Assistência Social desenvolveu modalidades de *proteção social* nos níveis de proteção (básica e especial) e de complexidade (média e alta). Segundo Aldaíza Sposati (BRASIL, 2009), a Política Nacional deve afiançar segurança de *sobrevivência* (rendimento, autonomia), *acolhida* e *convívio* (convivência familiar e comunitária). As políticas de proteção básica e especial visam ao fortalecimento das famílias e indivíduos, sendo a última (especial) destinada prioritariamente aos contextos de fragilidade (média complexidade) ou ruptura (alta complexidade) dos vínculos ou de ciclos de violência intrafamiliar ou doméstica. De modo geral, o modelo de proteção social assenta-se sob os princípios da universalidade, matricialidade sociofamiliar, descentralização compartilhada, territorialidade e intersetorialidade. Portanto, mais do que o previsto nas políticas públicas de saúde, a família passa a reocupar o lugar matricial na vida dos sujeitos.

Muito embora a lei federal n. 8080/90 (BRASIL, 1990), instituinte do Sistema Único de Saúde, aponte que saúde é dever do Estado e direito do ser humano, mas que, por consequência, “o dever do Estado não exclui o das pessoas, das famílias, das empresas e da sociedade” (art. 2º, §2º), é tímida a aparição da família como unidade fundamental na organização doméstica e comunitária. De toda forma, o nível da atenção básica sedia a principal estratégia nacional, consistente no Programa Saúde da Família, cujos preceitos passam, dentre alguns aspectos, pelo engajamento familiar em ações de cuidado por meio da educação popular em saúde (em prevenção, promoção e proteção da saúde) e participação popular na gestão dos serviços. Essa polaridade atribuída à família ganhou uma agenda contínua com o lançamento, em 2003, da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS e suas novas edições. Ainda que bem menos presente do que nos marcadores

---

referência mais precisa sobre a configuração da família a que se destinam suas ações e benefícios, conforme apontam GELINSKI e MOSER, 2015.

da política de assistência social, é evidente o destaque que a família ganha nas diretrizes da política nacional de saúde mental.

Pertencentes a políticas sociais de radicalização da democracia, as ações de assistência social e saúde mental compõem uma agenda controversa – ou, no mínimo, desafiadora – de garantia de direitos humanos. A controvérsia reside em diversas dimensões da estrutura de Estado, sobressaindo duas de interesse para as análises dessa situação-limite: a defesa incondicional de direitos humanos das pessoas encontradas em contextos de grande vulnerabilidade social e – porque também – institucional dentro de um modelo liberal de capitalismo tardio; a convocação da família para ocupação de um lugar protagonista frente aos desmantelos econômicos e capitalistas orientados pelo individualismo, meritocracia, paralelamente aos subsídios, benefícios e serviços de baixo impacto mobilizatório-comunitário.

Durante entrevista dada em 2015<sup>55</sup>, o economista Marcio Pochmann problematizava a (derrocada da) organização coletiva frente aos novos vetores liberais que assolam o país. Em uma tomada de cenas, exemplificou o caráter individualista do cotidiano das pessoas a partir dos milhões de estudantes que acessaram as universidades com as políticas de cotas, bolsas e de empréstimo que, todavia, não estimularam a organização estudantil em torno das lutas por melhoria das políticas educacionais. Também trouxe o resultado de milhões de beneficiários do Programa Minha Casa Minha Vida cujas diretrizes não garantiram a mobilização e profissionalização por meio de mutirões, pois empreiteiras ocuparam grande parte do lote orçamentário e logístico das linhas de financiamento.

Trata-se, portanto, de políticas de caráter redistributivo e equitativo para um segmento populacional suscetível ao contexto de financeirização global do capital, economia de mercado, colonialidade do poder e tantas outras características de um estado protoliberal que tem por hábito socializar mais perdas do que ganhos. Essa socialização também se manifesta no que Batista e outras (2017) nomeia como “pluralismo de bem-estar”: na medida em que as políticas públicas foram desenhadas, mas não instituídas, sob o manto do Estado de Bem-Estar Social, passa a ocorrer uma “partilha de responsabilidades entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, especialmente em relação às organizações voluntárias e caritativas e à rede familiar” (p. 04). Explicam que essa partilha de responsabilidades

---

<sup>55</sup> *O modelo desenvolvimentista é um projeto inconcluso*. Instituto Humanitas Unisinos. Disponível em <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/547577-o-modelo-desenvolvimentista-e-um-projeto-inconcluso-entrevista-especial-com-marcio-pochmann>>. Acesso em 10 maio. 2019.

coloca o Estado como setor oficial da proteção social, que oferece o recurso de poder e de coação; o mercado como setor comercial com o recurso do capital; e a sociedade como setor voluntário e recurso de solidariedade, tanto formal, por meio das ONGs, quanto informal, por meio de redes de solidariedade e dos vínculos de pertença, como a família e a vizinhança (ibidem, p. 04).

À medida que o modelo inspirado na economia liberal se choca com os princípios das políticas sociais em voga, ocasiona fortes fissuras no modelo de matriz distributiva e equitativa. Por parte dos segmentos herdeiros do modelo banqueiro-escravocrata-agroexportador, os orçamentos são disputados por estratégias intrínsecas à estrutura de Estado. Já do lado dos segmentos historicamente espoliados, as estratégias são exógenas, de forte apelo aos grupos de solidariedade, movimentos sociais e OnGs mas sem influência nos nichos industriais e empresariais que alicerçam o Estado. Com isso, a potencialidade de serem beneficiários das políticas sociais não produziu, em geral, processos emancipatórios e de autonomia, e sim, quando muito, via de regra, de aumento da capacidade de consumo (e aquecimento da economia local) – o que conferiu, é de se ressaltar, muito mais oportunidades de trânsito na estrutura social do que na econômica.

O modelo socioeconômico brasileiro, nesse sentido, gerou um importante legado para as famílias empobrecidas e subalternizadas – justamente aquelas cuja parentela é clientela preferencial das instituições totais como os manicômios judiciais – que consiste na árdua tarefa de locomover-se em um hostil terreno de sobrevalorização individualista justaposto a um empático tecido de trocas sociais. Ademais, mesmo no campo das políticas sociais, vigoram mecanismos, denominados *condicionalidades*, que impõem contrapartidas disciplinadoras, ao lado de outros, mais interventivos, punitivistas, efeito reverso à intenção nomeado *workfare* (GELINSKI e MOSER, 2015). Essa tensão tectônica se manifesta na denominação *familismo*, “máxima designação de obrigações à unidade familiar” (MIOTO e ALVES, 2015, p. 209), dinâmica que “dissemina ações culpabilizantes e focadas na solidariedade e no cuidado doméstico, sobrecarregando a família e reforçando seu processo de vulnerabilização/fragilização” (MIOTO *apud* BATISTA et al, 2017, p. 03). O familismo é efeito de um encontro explosivo entre políticas sociais e planos de inspiração liberal, dinâmica recente no esteio que era secularmente dominado, em estado morno, pelas políticas estruturantes de natureza colonial e aristocrática. No caso em estudo, verificamos um tipo de *pena compartilhada* – entre preso e familiares.

Nesse modelo, portanto, a focalização das políticas sociais, marca dos governos federais Lula-Dilma, a começar pelo Programa Fome Zero, em 2003, enquanto favoreceu a subida de milhões de famílias da linha da pobreza, em uma dimensão analítica mais profunda, parece ter gerado desigualdade de acesso às políticas públicas. As políticas setorizadas para perfis demandantes consagrou a família como principal alvo na destinação dos recursos, o que gerou uma estratificação entre tipos de família, daquele com apenas uma demanda específica até a outra com uma dezena. Para ambas acessarem serviços que não fossem objeto de políticas amplas – pois muitas foram preteridas pelas focalizadas –, esticaram o princípio da isonomia até o limite que a universalidade dos direitos suportasse. Essa, a razão de críticas às políticas focalizadas, que, ademais, intensificaram a dinâmica do familismo no Brasil (MIOTO e PRÁ, 2012).

Nesse sentido, fundamental concebermos o familismo, reconhecendo-se ser provocado por uma entropia de políticas públicas. Daí, compreender o quão determinante pode ser nas expressões da questão social e, em nosso estudo, nas práticas judiciais circundantes do contexto criminal-psiquiátrico.

Em nosso campo, a reforma psiquiátrica carregou na tinta sobre a participação de familiares na vida dos usuários dos serviços, com especial marca nos processos de desinstitucionalização e, mais atualmente, nos de atenção psicossocial perante as necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. O fato de haver a convocação da família para ocupar uma centralidade durante as saídas temporárias, desinternações condicionais e extinção da medida de segurança informa que essas práticas são orientadas pelas diretrizes da reforma psiquiátrica? Essa pergunta nos ajudará a analisar os limites do lugar da família no processo de responsabilização de seu parente – e, por consequência, de livramento institucional.

\*\*\*

Ao pensarmos nas ações e serviços de saúde, é imediata a imagem de postos de saúde, vacinação, agentes comunitários, hospitais gerais, ambulatorios e remédios. Pois bem, temos aí um retrato de elementos tipicamente constituintes de estratégias relacionadas à prevenção,

promoção e proteção da saúde, em ordinária oferta de cuidado por parte de profissionais que ora vão até o sujeito, ora o recebem no serviço.

A política de saúde mental também responde às necessidades em saúde por meio dessas ações e dinâmicas. Contudo, a saúde mental pode ser a única que se desenvolve também por outro tipo de estratégia. Se não a única, pode ser pareada com as políticas de eliminação da hanseníase. Trata-se da defesa de direitos de pessoas em internação por longos períodos. Essa dimensão de garantia de direitos humanos compõe a denominada desinstitucionalização, estratégia multicêntrica orientada por dois eixos: a desospitalização (com o fechamento de hospitais psiquiátricos e/ou desinternação) e a abertura de rede comunitária de serviços substitutivos aos leitos psiquiátricos. A desinstitucionalização deve ocorrer também nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Do ponto de vista conceitual, desinstitucionalização, principiada, ainda nos anos 1960, na Itália e Estados Unidos, vem a ser um paradigma em movimento, a começar por propor a quebra do paradigma racionalista que orientou os 150 anos anteriores de asilamento. Segundo Rotelli e outros (1990), dentre as características e objetivos, temos que a desinstitucionalização “mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional”; “visa a transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos, em primeiro lugar, os pacientes”; “é um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la”; “libera da necessidade da internação construindo serviços inteiramente substitutivos”; muda “as formas de administrar os recursos públicos para a saúde mental” (p. 43). Tão importante quanto os atributos desse processo é compreender sua infinitude: “o trabalho de desinstitucionalização também é lei que não se completa com a aprovação da reforma e, sim, prossegue com sua implantação” (p. 48).

Para tal feito, as ações de desinstitucionalização pressupõem a presença de familiares no cotidiano da desospitalização. A garantia de direitos negados ao longo da trajetória institucional do sujeito reclama uma relação (existente ou a se construir) com familiares. Como já vimos, na ausência deles ou de acolhimento por eles ofertada, os sujeitos a serem desinternados têm direito a traçar outros caminhos. Aqueles que detêm maior autonomia, sobretudo financeira (por meio de benefícios, heranças ou mesmo renda fruto de trabalho), podem ter o objetivo de providenciar seu próprio domicílio. Outros, por diversos motivos, podem morar em serviços residenciais terapêuticos, ambientes de oferta pública mas de características particulares, em atenção às singularidades de cada um/a.

Pode ocorrer de familiares não acolherem seu ente mas se manterem próximos, o que não retira o direito de o sujeito morar em residência terapêutica, caso em que parecia resultar o processo de ERFJ. E violação que ocorrera com FMF. De todo modo, a família é uma demanda institucional bastante presente nos processos de desinstitucionalização, pois é o elo condutor da história do sujeito com a história do mundo. Contudo, quanto mais tempo internado, mais disponibilidade se deve dedicar no fortalecimento da relação, que, eventualmente, não preexiste às perspectivas de desinternação.

Outra situação que enseja o investimento de energia da família nos cuidados com seu parente em saúde mental é o próprio cotidiano de pessoas que, a despeito de não terem passado por longas internações, possuem baixa autonomia e condições de contratualidade social. A política de saúde mental prevê a livre participação de familiares em todo o projeto terapêutico do sujeito – desde que esse deseje –, para que, entre outras violações de direitos, ele não corra o risco de ser institucionalizado. Esse segundo é o cenário frequente de contextos intrafamiliares de uso de drogas. Muito embora alguns sigam para hospitais psiquiátricos e outros tantos para hospitais de custódia, é sabido que muitos conseguem esquivar-se das instituições totais mas nem por isso mantêm um cotidiano de autonomia e harmonia doméstica. Aí, reside um outro nó decorrente do princípio da participação familiar em cenários que, assim como o de desinstitucionalização, requerem uma certa estrutura de cuidados, de cunho afetivo, social e financeiro.

Essa dinâmica de desafios na construção e fortalecimento de relações, Batista e outros (2017) nomeiam como “paradoxo: a família é necessária e sobrecarregada”, sobrecarga manifesta nas dimensões financeira, do cuidado, física e emocional (BORBA et al, 2008). O paradoxo agudiza quando o Estado, por meio de trabalhadores da saúde mental, faz algumas exigências compreendidas como necessárias e pertinentes ao desenvolvimento de autonomia dos ex-moradores de hospitais psiquiátricos. Em muitos casos, “a família desenvolve estratégias e possui uma maneira peculiar de cuidar que, às vezes, não se constitui na melhor forma, mas é a maneira como ela se articulou para conseguir viver” (ibidem, p. 592). Muito dessa dissonância passa pelo fato de os familiares também compartilharem expressões do sofrimento manifesto pelo sujeito dentro de casa. E, sabemos bem, a principal referência familiar no âmbito doméstico costuma ser a mulher. Por vezes deslocada do mercado de trabalho formal para os cuidados intensivos dentro de casa, a residência amplifica o grau de esforço laboral, que, todavia, constitui trabalho informal, precário e não remunerado, dinâmica que Mioto e Alves (2015) reconhecem como “bem-estar ‘informal-familiarista’”.

Efeito incontrollável até a geração seguinte parece ser o distanciamento das atividades sócio-ocupacionais que outrora a mulher-cuidadora desenvolvia fora de casa; a criação de atividades domésticas – encimadas no cuidado ao familiar - para compensar o refugio com relação à *vida lá fora*; o fortalecimento do modelo patriarcal; a dependência econômica; o sofrimento solitário, entre outros, de difícil mensuração.

E então, chegamos nos processos estudados, que se encerram com audiências de desinternamento condicional e extinção da medida de segurança. A presença de membro familiar é requisito para a realização da audiência. O/a juiz/a determina que a família seja responsável pela liberdade do sujeito, estabelecendo com o sistema de justiça um pacto de continuidade do *circuito de controle*, que, de acordo com Franco Basaglia e Franco Rotelli (italianos que inspiraram a reforma psiquiátrica brasileira), constitui sistema

composto por todas as instituições voltadas para o controle das tensões sociais, através de uma forma de pensar e organizar as relações sociais em termos bipolares: saúde e doença, normal e anormal, loucura e razão (...) que, ao se absolutizar um polo como pura positividade, deixa imediatamente o outro no lugar da negatividade absoluta (KINOSHITA, 2016, p. 195).

Ainda de acordo com o autor, no circuito de controle, o manicômio tem um distinto lugar, como um terminal que recebe as pessoas que não foram normalizadas nos ramais escola, igreja, família, enfim, instituições de sequestro voltadas a cada um dos binômios acima citados. Outra característica que localiza o manicômio em ponto destacado no circuito é o papel de reforço das iniquidades: “há maior carga de exigências e regras exatamente para aqueles que, presumivelmente, não têm condições de cumpri-las, gerando um círculo vicioso, pois o não cumprimento confirma a incapacidade e aumenta ainda mais as exigências” (p. 199). Esse parece ser um importante ponto de contato com a audiência de liberação (desinternação ou extinção da medida). A reiteração helicoidal do controle em circuito extrapola os muros do manicômio judiciário e invade a sala judicial na zona limítrofe entre internação e liberdade. Uma vez que o *fora* pode ser parte do manicômio quando se dá sob contínuo controle, não se trata mais de *internação ou liberdade*, mas de internação ou desinternação.

Essa reiteração do circuito do controle na esfera de decisão sobre a liberdade é assombração que produz distintas decisões em semelhantes casos, como vimos. Por que um, intermediado pela família, tem direito à residência terapêutica e outro, justamente por nem

familiar ter na ocasião, não? Em que medida a negativa pode ser incapacitante do sujeito que se via prestes a deixar o manicômio? Quais exigências podem daí surgir para o aprimoramento do comportamento ao retornar para a instituição? Quais as condições de cumprimento delas? São questões que orbitam a audiência de liberação, pois efeitos da decisão denegatória.

A incapacitação parece ser a orientação judiciária nesse momento de liberação: ou se incapacita negando a desinternação por motivos que nunca serão legalmente embasados, ou se incapacita garantindo a desinternação, e não a liberdade, tendo em vista que o controle permanece fora do manicômio, subjetivando o corpo dócil até então encarcerado, por meio de um novo ser responsabilizado, a família. Caber à família a responsabilidade que não passaria da pessoa do criminoso faz a desinternação ou extinção da medida de segurança gerar um novo dobramento penal-psiquiátrico: sai-se do manicômio mas o manicômio não sai das relações do desinternado e sua família. De acordo com Luciana Brito (2018), “os discursos de saber e poder que movem a gestão da clausura dos loucos bandidos consideram o abandono como efeito não de sua biopolítica, mas da ausência de vínculos sociais e familiares” (p. 13). Essa perspectiva nos ajuda a entender o porquê de tamanha oposição do lugar da família durante a internação e seu lugar após a desinternação. Enquanto interno, o contato com a família é precário, praticamente inexistente, o que em muito é atribuído ao modo de funcionar da instituição total, que produz incidentes, acidentes e afastamentos entre o dentro e o fora, incluindo a família.

Uma passagem nos autos mostra um dos aspectos desse distanciamento: no caso de ERFJ, seu pai compareceu à audiência mas declinou do *convite* judicial de levar o filho embora consigo. Assim, indicou-se o serviço residencial terapêutico, o que configurou uma saída menos ruim, pois o direito de saída com dignidade estaria garantido. Contudo, se tivesse havido um contato permanente da família com o filho durante a internação, será que o resultado seria outro? Para tanto, caberia à equipe da instituição, junto a trabalhadores sociais de fora, procurar a família, enredá-la no itinerário institucional no qual o filho fora inserido. Esse compromisso do IPF não é usual, como se pode observar nos estudos de Olívia de Almeida (2018), segundo a qual é muito recente o engajamento de técnicos do IPF à construção e retomada de antigas redes sociofamiliares do sujeito internado.

Se, enquanto interno, o contato familiar é induzido ao esfarelamento, ao abandono do sujeito, quando desinternado, o contato com a família é compulsório. Em ambos momentos, parece não haver escolha. *Optar* não faz parte do cotidiano não apenas no interior do sistema,

mas, se depender do desejo judiciário, *pelo restante de sua vida*, período em que também ressoará a internação no corpo tutelado.

A análise do discurso que destaca a família como isca para a desinternação nos permite conceber essa instituição (a família) como indicador de um circuito de controle que sobrevive à saída do manicômio judiciário, invertendo a face da moeda institucional: do contato-zero para o contato-absoluto com a família, independentemente da posição do sujeito e de seus familiares. Extremos também se manifestam no fenômeno apontado no título dessa situação-limite: enquanto o sujeito fora desresponsabilizado, a família passa a ser responsabilizada.

## CONSIDERAÇÕES NO CAMINHO - O que está no cárcere não está no mundo

Introduzimos o estudo com duas indagações: *por que*, a partir da nova lei de drogas, alguns usuários estão livres das prisões comuns, mas, em mesmo contexto infracional, têm sido alvo de decisões de encarceramento nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico? *Quais* discursos em torno do uso de drogas legitimam a imputação de medida de segurança?

Antes de suas respostas serem objetivamente perseguidas, essas perguntas orientaram o percurso em direção à finalidade do estudo: compreender o contexto judiciário em que o uso de drogas repercutia nas posições institucionais de determinação do sujeito ao cumprimento de medida de segurança de internação. Processos judiciais foram a fonte de dados para toda a vereda. Conforme as explicações pormenorizadas no início dessa dissertação, o período selecionado foi de 2002 a 2017.

A produção de análise orientada por essas questões seguiu um roteiro organizado em duas grandes partes: a. uma leitura histórica sobre os sistemas prisional e de saúde mental, sua clientela, a posição teórica e as opções metodológicas desse autor; b. o debruçar-se sobre os processos, levantamento e análise dos dados coletados. A partir daí, o caminho se fez caminhando.

Na primeira parte, aprofundamos os dados da demografia prisional no Brasil e no estado da Paraíba, situando-a seu destaque no *ranking* de agravos à saúde da população privada de liberdade. Aproximamos essa expressão da questão social à história das lutas antimanicomiais, em paralelo à vertente contemporânea de políticas de enfrentamento ao uso de drogas, sobretudo o crack. Apresentamos os marcos literários que orientam a visão de mundo adotada sobre tais dinâmicas sociais e criminais, bem como o campo de análise das práticas discursivas veiculadas nos processos.

A segunda grande parte da pesquisa destina-se a duas etapas: apresentação quantitativa dos dados e à análise do discurso propriamente dita. Ao sobrevoarmos a primeira etapa, pela oportunidade de se ler o conteúdo dos processos, já vislumbrávamos o desafio que se avizinhava, que nos instaria a adotar distintas direções para contornar questões apresentadas pelos dados. A começar pelos 102 processos eletrônicos integralmente destinados a abrigar o itinerário institucional de segurança, dos quais 34 continham algum debate sobre drogas. Entretanto, não seria conveniente debruçarmo-nos sobre essas dezenas de processos, dos quais

selecionamos os 12 que carregavam diagnóstico psiquiátrico relacionado aos psicoativos. Os dados quantitativos, para além das informações possíveis de serem produzidas e analisadas, tornaram-se fonte para calibragem da fase qualitativa.

Durante o primeiro contato com os doze processos, começamos a notar a complexidade de se elaborar categorias de análise, tendo em vista que não nos interessava seguir métodos mais usuais, como história de vida (de A, B, C, D etc). Também não nos parecia suficiente abordar o vasto conteúdo apenas sob o recorte das peças judiciais (denúncia, defesa, sentença, exames). Por fim, optamos por seguir a cronologia dos atos processuais, pois constitui um pilar das formações discursivas, ao passo em que dela extraíamos cenários – as situações-limite – que dialogavam com os marcos regulatórios em direitos humanos, bem como promoviam interessantes arranjos de determinados conteúdos. Entretanto, ainda foi importante tornar dinâmica as situações-limite elaboradas, para o que produzimos as questões recorrentes: perguntas que movimentaram o processo de análise, sacudindo, *tectonicamente*, nossas reflexões.

Chegamos ao início da análise. O que exatamente iríamos destacar, extrair, iluminar para, em confronto com os saberes, rupturas e posições institucionais presentes nos mesmos processos, compreender o alcance, densidade e encaixe dos elementos nas nossas percepções sobre o mundo da pessoa usuária de drogas presa no hospício? Não interessaria estudar o tratamento institucional do hospital de custódia. Tampouco a relação do sujeito com as instituições. Da mesma forma, descartou-se a investigação sobre as causas do aprisionamento. Não se tratava, ainda, de pesquisa sobre a efetivação das políticas sociais e criminais. Enfim, do que nos apossamos para, com aquilo debaixo do braço, seguirmos adiante no deserto?

Primeiro, a palavra. Depois, tudo o mais. Ao redor e por dentro, o tempo e o sujeito. Palavra, tempo e sujeito foram os significantes de um itinerário institucional de segurança. Qualquer elemento extraído e refletido ao longo das mais de cem páginas de análise foi atravessado por esses três significantes, constituintes do astrolábio de nossa navegação. Foram diversas as experiências de identificar essa tríade como se tenta segurar, nas palmas das mãos unidas, uma poça de água. Difícil manejo, hercúleo e labiríntico o processo de reunião de elementos que importavam para a análise. Chegamos a um dos ramais dessa linha que não se encerra aqui. Uma parada para descanso: a defesa de uma dissertação. Ao olharmos para trás, com maior distanciamento, podemos responder que nos apossamos do trajeto, do circuito das falas e posições judiciárias, dimensões discursivas que conformam o que nomeamos itinerário institucional de segurança. As falas guiaram-nos ao encontro do novo sujeito, o sujeito

processado; à identificação do ritmo pelo que as posições judiciárias se manifestavam; à compreensão das estratégias diretivas das vetorizações médicas e jurídicas.

Nesse momento, podemos expor algumas questões derradeiras da análise: as autoridades judiciárias acreditavam, de fato, que os sujeitos faziam uso contínuo e prejudicial de drogas? O suposto prejuízo era realmente determinante no cometimento do crime? Sua crença realmente passava pela idéia de que o uso de drogas levou a condições de vida semelhante à dos errantes em delírio vesânico do século XIX? Havia, necessariamente, uma preocupação relacionada ao uso de drogas ou exclusivamente à resposta à sociedade? Se nos detivermos apenas à interpretação textual, da leitura dos processos essas indagações perderiam a interrogação para ganhar um ponto final. Contudo – e isso é mobilizado pela análise de um discurso que atravessa, interpõe e circunda –, não nos ativemos apenas às binárias inscrições literárias sobre o normal e o anormal, o perigoso e o inofensivo, o drogado e o sóbrio. A análise perpassou, é fato, a linguagem escrita quando, por exemplo, verificamos eventual zombaria pericial, com o uso da expressão *sic*, em torno da assunção do uso de maconha e *tinner*, declarada por um dos sujeitos. Mas, por dimensões que superam as cartesianas abscissas e ordenadas, encontramos outras inscrições, não apenas orientadas pelo alfabeto e vocabulário em ordem léxica, mas por linguagens transumantes que marcaram os procedimentos situados em distintas topografias nas quais se encontravam as posições judiciárias.

Como viram, sobram mais questões do que assertivas. E das análises realizadas, não cabem sínteses, pois essas não as substituem e não garantem, em poucas palavras, a profundidade do que produzimos até o momento. Viável ventilar tão-somente os sobrevoos a partir de cada situação-limite.

Em face de tudo que se inicia, o tempo demarca e autoriza. A situação-limite 01 nos brindou com uma possibilidade de iniciar a análise a partir de um salto não do solo, mas do céu. Começamos o vôo por uma visão aérea sobre os sujeitos, as palavras e o tempo. A questão da detração penal evocou uma certa compreensão sobre o tempo e seu lugar no mundo cerrado das prisões e manicômios. Sob a evidência dos dias, meses e anos que aprisionaram os sujeitos, assim como eles, nós não conseguimos escapar do tempo, conjunto de momentos de um passado que perdigota no futuro, tornando o presente um susto de memória do que foi e do que insistimos em viver. Jangada em mar aberto, o presente salva o que fomos e apresenta o que seremos, pois já somos. É a vida desses sujeitos enclausurada porque presa também entre as palavras e o tempo abrigados nos discursos judiciários. O

alcance da palavra se apresentou em toda a via que nos guiou. Já o do tempo tivemos de perseguir enquanto se dera, esgotado tão logo compreendíamos que ele não tinha expressão nas falas judiciais: a demarcação do tempo da internação provisória era tão importante quanto a da definitiva. Nenhuma. Relevância alguma seja para a computação do temporário no tempo definitivo seja para a percepção de que o tempo passa mesmo quando não é provisório. Em outras palavras, o tempo do cárcere não passa para quem está ao lado de fora, cujo tempo talvez também não passe para quem está dentro. Não passa porque não é transmitido; não passa porque não decorre. Como foi dito, o tempo da pena é só uma passagem, por isso, no presente vivido, só resta memória e espera.

Feito para organizar a entrada do saber médico no mundo jurídico, o laudo pericial titubeia mas não tropeça; revigora, a todo momento, o discurso psiquiátrico por mais arcaico que, ao avanço do tempo, torne-se. O arcaísmo é uma forte marca encontrada nos laudos debatidos na situação-limite 02. Haja vista a reflexão trazida de pesquisadores e médicos acerca da história, estrutura e método de elaboração desses documentos, são instrumentos de manifestação do poder - adrede atrasados - sólidos e aparentemente irrefreáveis. Para o laudo, o tempo também não passa, sendo rejuvenescido quanto mais decrepita. Por meio de excertos que apresentam o constructo e seus elementares, identificamos um discurso que amalgama a noção de periculosidade, a eugênica e sutil aproximação com a hereditária - e sua expressão na blastophtoria - e a sinuosa evocação da dipsomania. Degeneração, transmissão hereditária da morbidade e periculosidade: históricos termos, encontrados ao longo da análise presente no texto, que sustentaram as teorias encarcerizantes e manicomiais dos séculos XIX e XX. Todavia, as impressões *laudadas* são bastante breves, tanto quanto o raciocínio empregado na profusão de conceitos que culminam na pretenciosa “conceituação diagnóstica”. Ou seja, exame, conceitos e método nada explicados ou desenvolvidos. Simplesmente uma fotografia de algumas linhas de fala do sujeito e familiar (em geral, a mãe) e a sacralização do diagnóstico, que não conseguimos identificar se se trata de forçada presentificação de um passado (em obediência à lei penal, que exige saber se o crime fora cometido sob determinado transtorno ou perturbação mental) ou da afirmação de um quadro clínico do momento do exame. Qualquer que seja, nenhum desses informa eventual necessidade de tratamento: o sucesso do exame no rastreio de um surto passado não aponta para a futura ocorrência; de outro modo, a designação diagnóstica do momento do exame não conclui pela relação entre crise psíquica e delito de um tempo anterior, como obviamente não prediz o futuro. Logo, se

com finalidade terapêutica, sentido ou proposta não há na realização do exame pericial psiquiátrico para determinação da medida de segurança. E para seu encerramento?

Bem, daí, vemos que a questão da indicação prognóstica da perícia, por vezes, estabelece-se em divergência da opinião dos/as juízes/as. Ao tempo em que deixamos a dissonância para a quarta situação-limite, finalizamos esse trecho compartilhando o entendimento de que as estratégias terapêuticas passam a ter lugar nas sugestões de liberação do manicômio judiciário. Indicações como Centro de Atenção Psicossocial apontam para um outro lugar de fala dos peritos. Contudo, o discurso parece permanecer na mesma direção: sugerem o CAPS – serviço aberto e de livre acesso pelos usuários - pelo resto da vida do sujeito, sob custódia familiar. Resta a dúvida se a perícia, com isso, atesta a cessação da periculosidade. Não sabemos. No caso de Juvenal, Luciana Brito (2018) afirma que “os peritos não explicam, mas deixam vestígios: a ausência de *sinais* de periculosidade justificou a decisão pericial de se atestar a possibilidade do controle psiquiátrico fora do manicômio” (p. 70). Ainda perdura a hesitação: mesmo ao indicar a permanência do controle psiquiátrico, haveria a possibilidade de a perícia entender a periculosidade e agir conforme o entendimento segundo o qual estaria cessada? Em outras palavras, parece haver um entendimento dubio por parte de uma perícia que indica serviço substitutivo perpétuo. Periculosidade cessada por indicar a liberação; periculosidade presente por indicar vínculo vitalício ao serviço.

A situação-limite 03 descortinou o abuso do álcool por parte das autoridades judiciárias, sobretudo os/as psiquiatras forenses. A partir de um uso prejudicial *do uso do álcool*, os/as peritos/as posicionaram-se em ofensiva - de confronto ou de tutela - diante do sujeito que, no mais das vezes, conserva o consumo etílico como hábito seguro, haja vista a rara ocasião em que a ebriedade é acompanhada pela prática do delito. Vale reforçar que, a rigor, em apenas um dos processos há tipificação do uso de drogas ilícitas, o que demonstra a centralidade do álcool nos processos criminais que resultam em medida de segurança. Por essa razão, assertamos que, fossem mais casos envolvendo psicoativos ilegais, os sujeitos respectivos também seriam processados por essa conduta, que ainda continua criminalizada. Não foi o caso. Diante apenas do uso de álcool, a maioria dos processos judiciais justificara-se em razão de um crime lateral – embora, em parte dos casos, contra a vida. Entretanto, se parece pouco expressivo, o uso de álcool engajou-se, de início, solitariamente; aos poucos, fora ganhando a companhia de outras substâncias, caluniando-se o sujeito e produzindo-se novos circuitos discursivos conquanto novos enunciados nasciam ao longo dos exames.

A dinâmica é verificável numa dimensão maior, isto é, na história das drogas, em minúscula parte abordada nessa dissertação. Desde antes da chegada europeia ao Brasil, o álcool imperou sozinho nas culturas das centenas de povos indígenas, como também dentre os colonizadores europeus. Ao longo dos cinco últimos séculos, houve razoável estabilidade do consumo etílico no Brasil, pois as ideias proibicionistas não vingaram ao ponto de embargar os costumes e o comércio. Contudo, influenciaram processos de demonização do uso de álcool, o que parece repercutir até os dias atuais, na justiça paraibana, que imprimiu um movimento no sentido de, diante do suposto uso de álcool, incluir, ainda no laudo ou nos documentos seguintes, a relação – não demonstrada nem confessada – com outros psicoativos.

Todos os processos demonstraram o quão frágil é o (não) lugar do sujeito. A percepção foi peculiar na situação-limite 04. Os vetores judiciais atravessam-no, impulsionam-no, movem-no no espaço discursivo dentro do qual haveria um único ponto de fôlego, que soçobra: sua defesa. É possível dizer, com exatidão, que, dentre os processos conhecidos, não se realiza defesa durante a fase do conhecimento (fase de julgamento do crime), dada a posição de defensores em adesão aos pedidos de exame de sanidade mental e, sobretudo, de aplicação da medida de segurança. Mais: há uma generalizada concordância com a determinação da modalidade manicomial. Durante a internação, também não há defesa, que aparece somente para veicular os laudos de liberação, sem marcar distinta presença. Vale mencionar, aqui, a privilegiada situação da Defensoria Pública paraibana em relação às mesmas instituições em outros estados brasileiros: com 233 defensoras/es para cerca de 12 mil pessoas presas, 34 dos quais lotados em Varas Criminais da capital<sup>56</sup>, o estado se localiza na sétima posição nacional com maior número de profissionais em relação ao público-alvo (ANADEP, 2015). Em nível nacional, é a Defensoria Pública que menos reconhece ser “excessivo ou muito excessivo o volume de trabalho sob sua responsabilidade” (ibidem, p. 50). Assim, gritante o contraste entre a oferta e a demanda no que tange à defesa técnica de direitos humanos da população internada no Instituto Psiquiátrico Forense.

Situação-limite síntese das demais, a quinta pauta-se na célebre relação entre direito e psiquiatria. Contudo, dedicamos esse momento para revisitar os meandros do histórico casamento, identificando, como é próprio dessa instituição, as clivagens, rupturas, divergências, descolamentos e deslocamentos entre ambos campos de saber que, não à toa, ocupam o título dessa dissertação. Assim como na situação-limite 02, a obsolescência também

---

<sup>56</sup> Cf. DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA. Disponível em <<https://defensoria.pb.def.br/defensores.php>>. Acesso em 02 ago. 2019.

atravessou os poros da estrutura dessa relação: periculosidade, inimputabilidade, cronicidade, incapacidade, ... Nomenclatura de peso histórico que, com pés de areia, parecem superficiais mesmo nos próprios enunciados judiciais. Aos poucos, vimos o quão contraditos são os envelhecidos conceitos quando aplicados por juiz/za e perito/a. Contesta-se no bojo dos debates sobre o mesmo sujeito e a imoral vida que levava até o dia do crime. Além de contradizerem-se, organizam-se em torno de premissas fáticas de forçosa aceitação. O ápice da divergência que justifica a inscrição dessa situação-limite é a posição judicante que, ao substituir a conclusão pericial, invalida-a sob argumento ainda mais subjetivo que o do/a próprio/a psiquiatra. Nos casos em que isso ocorreu, as decisões foram mais gravosas do que as indicações das posições periciais.

Em suma, a divergência não descaracteriza as práticas discursivas de condenação moral, pois não se sobrepõe à sólida e simbiótica relação entre os saberes. Ademais, trata-se de ruptura e descontinuidade que não interrompem o circuito patologizante nem freiam o itinerário que alinha o uso de álcool à prática infracional. São dinâmicas aparentemente divorciadas que, ao cabo, parecem fortalecer a institucionalidade na medida em que criam diversidade de posições e despistam as tentativas externas de enquadre. Ainda encontramos uma certa divergência não de fala, mas de lugar ocupado, algo da natureza das próprias funções em questão: é inevitável que o/a perito/a se pronuncie sobre o crime e antecipe, numa função judicante, a condenação ao confirmar a loucura em suspeita e, por vezes, adicionar a eventual estratégia terapêutica; é imprescindível que o/a juiz/a se posicione, qual um/a psiquiatra forense, para determinar a modalidade da medida de segurança a ser cumprida, sobretudo quando não há indicação prognóstica pericial – ou seja, quando o/a perito/a não ocupara a função de julgar.

Dois componentes entremeiam, em destaque, a relação entre direito e psiquiatria: periculosidade e imputabilidade, exhaustivamente abordadas nesse estudo. Tão flamejante quanto a leitura periculosista própria da perícia é a percepção e gradação jurídica da periculosidade, muito embora não existam métodos científicos que a determinem, uma vez tratar-se de “conceito vago e indeterminado, sendo o procedimento judicial de sua verificação fundado na intuição do juiz, com critérios de evidente irracionalismo” (FRAGOSO, p. 17). Se aos juízes são facultados o subjetivismo e a intuição atávicos à função inquisitória, com peritos/as ocorre um descompromisso em relacionar fatores de risco ao diagnóstico psiquiátrico que se propõe a avaliar o grau de periculosidade (COSTA et al, 2018), o que

promove a ligação direta com a prática, na internação, de remissão de sintomas (modificação de comportamento), e não de tratamento da doença propriamente.

Sobre a inimizabilidade, deveras esmiuçada ao longo da pesquisa, levantaremos uma nova questão mais adiante.

Entre entrada e saída do manicômio judiciário, a família dos sujeitos acena. Não se sabe ao certo se o aceno é um *até logo* ou um *adeus*, se um *vamos para casa* ou um *você já tem lugar para ir*? A família não se movimenta ativamente nos processos. Conforme refletimos, é forçada à passividade, posicionada e reposicionada segundo os interesses judiciais. A despedida *para a* internação se dá em mesmo cenário que a despedida *da* internação, o que denota raro engajamento das equipes internas ao fortalecimento dos vínculos – confirmado pelo estudo de Olivia Almeida (2018) sobre a (des) institucionalização no IPF. Trata-se da situação-limite 06, elaborada em razão de a máxima neutralidade a que são submetidos os familiares se expressar no condicionamento do livramento do sujeito à assunção de responsabilidade dos parentes pelo *restante de sua vida* (lembremos dessa real descrição nos autos).

A partir do conceito de familismo, nossa análise nos conduziu à seguinte e análoga verificação: quanto mais da família é subtraído o protagonismo na internação psiquiátrica, tanto mais ela parece ser responsabilizada quando da liberação, exigindo-se uma relação que não só não fora fortalecida como sofrera fissuras durante o itinerário institucional de segurança.

E assim prosseguimos na análise da procedimentalização das vidas. Contudo, pelo fato de a consecução dessa dissertação se dar em um programa acadêmico voltado às políticas públicas de direitos humanos, entendemos que nossa análise deva contribuir para novos movimentos nessa dinâmica institucional totalizante que destrói vidas. Apresentaremos algumas estratégias que sirvam para a promoção de debates teóricos e institucionais, em âmbitos social, judiciário e criminal. A ginástica teórica que o giro do campo discursivo de inspiração foucaultiana para o do direito dos direitos humanos exige explica-se por força da própria natureza desses direitos: fruto de conquistas sociais, são direitos arrancados de um pedregoso solo em disputa. Não se trata de contrato social, mas de lutas sobre lutas. A despeito de sua histórica origem burguesa, e a exemplo da luta das classes trabalhadoras nos séculos XIX e XX, o constante embate dos segmentos redistributivistas e identitários “exigiu a ampliação e universalização dos direitos ‘burgueses’, através da luta pela ampliação da

cidadania, isto é, pela ampliação dos direitos civis e políticos ao conjunto dos cidadãos” (TOSI, 2004, p. 118). Assim é que as lutas, que passam pelas ruas, campos e instituições, não podem ser desdenhadas apenas só porque se pautam em leis burguesas ou propriamente liberais. São os direitos intrínsecos que, garantidos aos autores das leis, devem também ser conquistados – e questionados - pelos achacados. Sobretudo no contexto carcerário e manicomial, em que vidas são sacrificáveis, as estratégias de sobrevivência clamam pela ocupação dos estamentos normativos e domínio de seus instrumentos. Franco Basaglia, ao aludir sobre a lei da reforma psiquiátrica italiana, deslocou de modo qualificado a perspectiva do campo revolucionário para o reformista: “por sua lógica interna e pelas características do terreno na qual age, esta lei abre mais contradições do que as que resolve” (ROTELLI et al, 1990, p. 49). Em alguma medida nossas contribuições anunciam mais uma perspectiva de abrir as feridas do que a intenção de curá-las.

Começemos por três estratégias interpretativas que ensejam constrangimento e favorecem aprendizagem a autoridades que, com poder de decisão, também cometem crimes ao manter o sistema manicomial sobre cujos discursos nos debruçamos. De acordo com a lei federal n. 9455/1997, que define crimes de tortura, ela pode ser configurada na decisão judicial de determinação de cumprimento de medida de segurança. Seu art. 1º afirma que constitui crime de tortura, entre outras formas, “submeter alguém, sob sua guarda, poder ou **autoridade**, com emprego de **violência** ou grave ameaça, a **intenso sofrimento físico ou mental**, como forma de aplicar castigo pessoal ou **medida de caráter preventivo**” (destaques nossos). Facilmente, identificamos as correspondências de *autoridade* (juiz/a), *violência* (psicológica) e *intenso sofrimento físico ou mental* (contenção sem escopo terapêutico no interior do manicômio judiciário). *Medida de caráter preventivo* completa a tipificação pois a expressão equivale absolutamente à noção de periculosidade. Há um incontestável encaixe dos fatos à norma, do que se conclui que todas as decisões judiciais concorrem, em tese, para a prática de tortura, sobretudo as de internação provisória.

A segunda estratégia interpretativa é a constatação de que o estado de internação psiquiátrica no IPF constitui abandono, uma vez que, pelo que obtivemos dos autos, não há promoção de enlace entre a vida do sujeito institucionalizado e a vida no mundo. São obstruídas todas as vias de comunicação com o exterior, o que é da natureza da instituição total. Além disso, não há projeto terapêutico, haja vista o conteúdo presente nos laudos periciais. E mais: a internação provisória, por se distanciar ainda mais do objetivo sanitário, é iatrogênica, um enfático abandono, que passa a ser crime pelo art. 90 da Lei Brasileira de

Inclusão da Pessoa com Deficiência (“abandonar pessoa com deficiência em hospitais, casas de saúde, entidades de abrigamento ou congêneres”).

Encerra a trina a confirmação de que prender alguém em razão da deficiência constitui crime de discriminação, previsto no art. 88 da mesma Lei Brasileira (“praticar, induzir ou incitar discriminação em razão de sua deficiência”). Não é outro senão a deficiência mental (ou transtorno mental) o motivo de encerrar o sujeito no manicômio judiciário, e não em prisão comum. Essa é uma cara questão assentada em sérias divergências políticas entre os movimentos da luta antimanicomial e dos direitos da pessoa com deficiência. O debate sobre imputabilidade nos auxilia a desatar a nó.

A imputabilidade – ou seu revés, inimputabilidade – merece, aqui, um apontamento que não fizemos ao longo da dissertação. Com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e a detalhista Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, torna-se abolida a norma que atribui incapacidade absoluta a determinados públicos, até então em vigor tanto no Código Civil de 1916 quanto no de 2002. Depois de séculos de compreensão teórica e mais de uma centúria de normatização legal, foram emancipados desse lugar jurídico “os que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos” e “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”, com relação a atos civis (art. 3º do texto original do Código Civil de 2002). Modificado, o artigo mantém absolutamente incapazes apenas as pessoas com idade inferior a dezesesseis anos e concebe os segmentos acima citados em dois distintos patamares: aos que se situavam com “enfermidade ou deficiência mental” sem “discernimento” foi reconhecida a capacidade absoluta; aos que “por causa transitória, não puderem exprimir a vontade” foi atribuída capacidade relativa.

Essa alteração legislativa responde a uma agenda internacional de direitos humanos das pessoas com deficiência, que tem na Convenção a última e mais alta conquista para a história dessa população frente às barreiras arquitetônicas, atitudinais e sociais. Em seu artigo 12, a Convenção aduz que “os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida”. E exige que os mesmos Estados adotem medidas que assegurem o exercício da capacidade legal em pé de igualdade com as demais pessoas. Nesse sentido, a norma presente na Lei Brasileira desdobra um novo marco de direitos humanos estabelecido na Convenção. Não são as pessoas incapazes, mas o Estado e a sociedade incapacitantes.

Bem, se a incapacidade absoluta foi abolida, qual o *status* da inimputabilidade? Podem ser institutos equivalentes, muito embora os contextos normativos (civil e penal) dos quais fazem parte têm distintas premissas teórica e social? Se retomarmos a *evolução da noção de indivíduo perigoso*, trazida por Foucault (2006b), bem como a das *lettre-de-cachet* (FOUCAULT, 2005), encontramos uma vertente histórica que aproxima a origem da periculosidade, a origem do risco e a roupagem moderna da capacidade civil. Ao analisarmos a composição normativa do conceito de imputabilidade e capacidade, encontraremos pontos em comum. O quanto de distinção é necessário para distanciarmos os institutos? O quanto mais de similaridades devemos verificar para equivalê-los? Na Lei Brasileira de Inclusão, a configuração de crime de discriminação por deficiência quando da prisão por esse motivo e, na Convenção, a designação de capacidade legal ampliada (e não apenas penal ou civil), também se evidencia a necessidade de se prosseguir no debate e construção do que poderíamos chamar de segunda era de direitos da reforma psiquiátrica (ASSIS e SILVA, 2017). Desatamos um nó mas o puxão, forte demais, fez atar outro: diante da abolição da inimputabilidade, como resolver a questão penal propriamente dita? Em outras palavras, seria o sujeito responsabilizado? Se não, como garantir a isonomia frente a quem, sem diagnóstico psiquiátrico, tem a oportunidade de provar inocência e ser *realmente* absolvido? Se sim, penalmente? Se sim, em qual conformação e estrutura teórica? Se não, em que modelo responsabilizatório?<sup>57</sup>

Com a apresentação dos três crimes possivelmente cometidos a cada decisão judicial presente nos processos que estudamos, entre as centenas com as quais tivemos contato, não é a pretensão ampliar a volúpia punitiva em vingança ou retribuição. Sugere-se apenas a compreensão do grau de violação de direitos humanos dessas pessoas encarceradas no hospício, tamanho ao ponto de surgirem normais penais que coíbem práticas como as de juízes que protagonizaram nos processos conhecidos. Afinal, a reincidência de magistrados/as demonstra que essas autoridades, ainda que entendam a ilicitude de suas decisões, não agem de acordo com o entendimento.

---

<sup>57</sup> Dois programas estaduais inovam ao adotar outras perspectivas, mais e menos próximas do sistema penal comum, contudo com práticas distintas: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), desenvolvido pela secretaria de saúde de Goiás, estado que não conta com manicômio judiciário, concebe um modelo cujo fluxo se estabelece tão somente entre sistema de justiça criminal e, quando da declaração de inimputabilidade, serviços de saúde. Já o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), em curso no estado de Minas Gerais, é estratégia sob gestão do tribunal de justiça mineiro e realiza atenção psicossocial junto às pessoas presas evitando que sejam conduzidas para o manicômio judiciário, bem como junto a essas promovendo a celeridade dos casos rumo à liberdade.

Agora, sigamos para as estratégias propositivas propriamente ditas, que preferimos dividir entre os três principais momentos da relação do sujeito com o manicômio judiciário: alternativas ao ingresso, redução de danos durante a internação e movimentos para liberdade. Advertimos que cada estratégia a seguir merece um estudo a parte, dado que aqui não há espaço para o aprofundamento.

Dentre as estratégias de diminuição do risco de ingresso no manicômio judiciário, fundamental a transformação da estrutura do processo e de seus procedimentos. Pedra de toque, a internação provisória, tal qual a prisão preventiva, tende a produzir um novo sujeito, *condenado porque condenável antes mesmo da condenação*. Com base nos argumentos acima produzidos, evitar a internação temporária é estratégia que produz possibilidades de demonstração de quem é o sujeito em sua complexidade, em liberdade, quais vínculos, projetos, modo de vida etc, o que, se já enclausurado, não aparece aos olhos da justiça. Com a devida adequação, é a idéia basagliana de colocar a doença entre parênteses (ROTELLI, 1990)<sup>58</sup>.

Outra importante modificação é a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde (CIFIS), referência mundial para o pareamento junto à CID. Enquanto essa propõe apenas o enquadre nosológico, aquela possibilita construir avaliações mais abrangentes sobre o quadro psicossocial, como ainda elaborar prognósticos que incluam não apenas o campo da saúde, sim os demais aspectos da vida. A CIFIS é instrumento que fortalece a mudança de paradigma na atenção à saúde da pessoa com deficiência, do histórico modelo biomédico para o vanguardista modelo social<sup>59</sup>, superação propalada pela própria Convenção e, internamente, prevista na Lei Brasileira de Inclusão.

Aliada à CIFIS, a experiência de se elaborar novo tipo de quesitação destinada à perícia também tem chance de produzir novos cenários judiciais que informam uma distinta compreensão sobre o crime e o sujeito. Já na década de 1990, novos exames psiquiátricos e testes psicológicos propunham ampliar o espectro de análise do comportamento criminoso ao

---

<sup>58</sup> Franco Basaglia, durante o início da reforma psiquiátrica italiana, adotou, dentre diversas metáforas pedagógicas de mobilização de trabalhadores, apropriou-se da *husserliana* expressão “colocar a doença entre parênteses”, como modo de afirmar a suspensão da doença em favor do protagonismo da pessoa internada bem como do olhar médico ao priorizar as questões relacionadas a ela, e não à doença, produto manicomial.

<sup>59</sup> Para mais informações, conferir em <<http://www.pcd.mppr.mp.br/pagina-14.html>>. Documento integral em <<http://cdhps.fpasurdos.pt/ficheiros/files/CIFIS.pdf>>.

incluir, para além do ato infracional, outras dimensões da vida<sup>60</sup>, dinâmica que, ao favorecer a superação da expressão *periculosidade* pela *avaliação de risco de violência*, indicava avanços (COSTA et al, 2018). Mas não o suficiente, pois *risco de violência* não deixa de ser indicador de um mecanismo preditivo. Melhor seria prever sobre o nível de oportunidades de fortalecimento da contratualidade social, para o que o investimento institucional é de garantia de direitos, e não de violação.

Essas necessidades de mudança informam a importância de se desmitificar a noção de periculosidade, como trata Patrícia Magno (2017), defensora pública do Rio de Janeiro, no que tange aos exames de sanidade mental e de verificação da cessação:

Até o dia 28 de setembro de 2016, nunca tinha me dado conta que aquela tradução era equivocada. Que era manicomial pedir exame de periculosidade. Especialmente, porque o exame não respondia exatamente se a pessoa tinha deixado de ser perigosa (...) Então, decidi: “nunca mais peço exame de verificação/cessação de periculosidade”. E naquela decisão, acompanhada dos respectivos requerimentos jurídicos e recursos instrumentalizadores, está a chave de toda a estratégia de resistência que ora se descreve (p. 435).

A data do ano de 2016 fora celebrada como o início do projeto Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP), em varas criminais do estado fluminense. Esse novo modelo insistentemente empregado no cotidiano forense por defensores/as públicos/as apresenta um campo de possibilidades diversas da estabelecida há mais de século no judiciário brasileiro. O avanço é demonstrado na medida em que o projeto “tem como fundamento a atenção médico-psicossocial privilegiando a reinserção social e resgatando a identidade perdida dentro do sistema penitenciário” (COSTA et al, p. 352), por meio do acionamento da rede de atenção psicossocial e a produção de “solução construída entre o perito psiquiátrico e toda a equipe multidisciplinar” (op. cit.). O EMPAP propõe-se não a contrariar a norma vigente, mas a ser uma alternativa que visa a superar o EVCP. Ainda que, durante a escrita, não tenhamos dado luz a exemplos de práticas no território nacional, trouxemos a experiência recente e ativa para ilustrar esse momento de tessitura de estratégias de garantia de direitos humanos.

Ademais, a manifestação de Patrícia Magno expõe a imperiosidade da melhoria da atuação em defesa dos direitos no contexto judiciário. Diametralmente oposta à percepção que

---

<sup>60</sup> Ainda que seja sempre arriscado apresentar uma avaliação sobre o sujeito no contexto em que é a prática delituosa o objeto e motivo do processo criminal. Em outras palavras, persiste o risco institucional de se substituir o direito penal do fato pelo direito penal do autor.

apresentou, a atuação de defensores/as dos sujeitos de nossa pesquisa é altamente lesiva aos próprios clientes.

Em diálogo com o nó apertado nas últimas considerações sobre inimizabilidade, a única via que encontramos para desembaraçá-lo seria apontar para um tipo de *responsabilização alternativa*, em respeito tanto à isonomia (pelo direito de provar a inocência e de ser julgado como qualquer outra pessoa), quanto, ao mesmo tempo, à sua singular condição de *vulnerabilidade institucional*<sup>61</sup> (pelo direito de não sofrer as mesmas consequências penais que as demais pessoas). Processos que envolvam produção de autonomia são mais responsabilizatórios que as medidas de segurança e, simultaneamente, alternativos ao modelo penal condenatório.

Durante o cumprimento da medida de internação no manicômio judiciário, além do próprio EMPAP, podemos lançar mão da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), publicada na Portaria Interministerial n. 2/2014 (BRASIL, 2014) e que prevê estratégias de qualificação da atenção à saúde da população presa em geral. Em específico, são previstas ações de atenção psicossocial diretamente voltadas para os delicados processos de cuidado e de desinstitucionalização, por meio das equipes de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei (BRASIL, 2014c). Ademais, ainda recomendamos a adoção de ações de diminuição da ocupação prisional<sup>62</sup>.

Para promover saídas com maior agilidade e dignidade, evitando-se internações de longa permanência, o desuso do EVCP é, mais uma vez, medida urgente, implantável especialmente a partir de conteúdos que orientem outro modo de avaliação, a exemplo do praticado no EMPAP e do disposto na CIFIS.

A geração de renda é dimensão fundamental principalmente se compreendido que a institucionalização das pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas tem na expressão da questão social um relevante determinante. Em adaptação ao mencionado pensamento basagliano, colocar as drogas entre parênteses é

<sup>61</sup> Nomeamos *vulnerabilidade institucional* para significar seu estado de fragilidade diante das instituições penais, que produzem barreiras atitudinais e sociais em razão do sofrimento ou transtorno mental.

<sup>62</sup> Ao início dessa dissertação, fiz breve apresentação de minha trajetória, momento em que informei ter participado do projeto Ocupação Prisional Taxativa, orientada pelo Conselho Nacional de Justiça, em gestação no estado da Paraíba. Seu objetivo é justamente a redução da superpopulação carcerária por meio da criação de um sistema de regulação de vagas penais.

movimento que expõe, “ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria” (AMARANTE, 2009, p. 05). Atualmente, tanto os benefícios previdenciário (prestação continuada), socioassistencial (bolsa família), sanitário (Programa De Volta pra Casa), laboral (créditos agrícolas) quanto o recente auxílio-inclusão, estabelecido pela Lei Brasileira de Inclusão, são opções financeiras que perpassam o caráter indenizatório (do Estado reconhecedor da violência intrínseca à institucionalização), reparatório (dos danos sociais, afetivos, laborais etc, sofridos ao longo da internação) e complementar (de renda mínima). São direitos pecuniários que impulsionam projetos de vida de ruptura com instituições e autonomia nas cidades que demandam elementar estrutura e educação financeiras. Como retratam De Leonardis e outros (1990), no contexto da reforma psiquiátrica italiana, diante da oportunidade de uma ex-moradora de hospital psiquiátrico auferir sua primeira renda:

Quando nós dizemos que para Rossana são necessárias 500.000 liras/mês, nós não afirmamos que com esta quantia o seu problema foi resolvido: dizemos que com esta quantia a sua subjetividade poderia mudar, as formas e os modos nas quais se reproduz, porque esta é a quantia mínima para entrar no jogo com os outros (p. 79).

Trata-se de um “dinheiro como recurso e não como prêmio” (op. cit.). Na mesma linha, a Lei Brasileira impõe a reserva de, no mínimo, 3% das unidades habitacionais de cada programa público a ser destinada às pessoas com deficiência (art. 32).

Todas as medidas apresentadas nessa última etapa são, obviamente, reformistas, tanto quanto os modelos penal e psicossocial. Não se trata de, aqui, eleger estratégias que gerem rupturas na estrutura estatal, pois elas não são necessariamente mais fortes e convincentes do que as produzidas no interior dos sistemas. Tampouco viáveis se apresentariam em contextos tão densos histórica e culturalmente quanto os do cárcere e da loucura/drogas. São movimentos mais de fissuras e menos de extinção da ordem. Nesse sentido, realizamos apenas um breve apanhado que ilustra possibilidades de desterritorialização e afetação diante de tamanho horror produzido no itinerário institucional de segurança.

Esse estudo nos permitiu ampliar o conhecimento sobre algumas práticas discursivas que orientam estratégias de mortificação, tão estéreis que nem mesmo as forças envolvidas parecem notar o estrago que promovem. O discurso não é, definitivamente, percebido no tempo presente. Até porque se esse não existe, ao ser presentificado, é o passado que traz memória e, com ela, a atualização do discurso em constante formação. Contudo, ao que se

nota, a memória veiculada nos discursos não é examinável ao tempo de sua realização, razão de a consciência do ato de autoridade ser sempre atrasada, vir depois do efeito, mas, ainda assim, estar já impressa na nova ação, futura porque em execução. A relação do discurso com a memória é uma questão imbricada nessa procedimentalização da vida sobre o que tanto nos debruçamos. Todavia, é relação que exige um estudo mais complexo e longitudinal – para que não se confunda, metalinguísticamente, a memória da memória com o discurso sobre o discurso.

Ao cabo disso tudo, o que parece não convencer é a seriedade que se tenta imprimir nos a(u)tos processuais. Sobressai a impressão de que cada fala sobre o sujeito é adjetivada por um *sic*, que, por sua vez, deixa-o de lado para que se fale apenas do entorno, do circuito do controle que produz o itinerário institucional de segurança. Seria possível identificar, num modo *Basaglia-foucaultiano*, um novo dobramento penal-psiquiátrico ao se constatar a colocação do sujeito entre parênteses? Ademais, algo de *ubuesco* se manifesta nas práticas discursivas analisadas nesse estudo: discursos *ubuescos* de abandono do sujeito, do tempo e da palavra. Afinal, o que está no cárcere está no mundo?

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A TERCEIRA margem do rio. Intérprete: Milton Nascimento. Compositores: Caetano Veloso e Milton Nascimento. *In* Circuladô. Phonogram/Philips, Rio de Janeiro, 1991. 1 LP stereo.

ABDALLA-FILHO, E.; SOUZA, P. **Bioética, Psiquiatria Forense e a aplicação da Medida de Segurança no Brasil**. *In* Revista Bioética, 2009 17 (2): 181 – 190. Disponível em <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/160](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/160)>. Acesso em 10 jun. 2019.

ABDALLA-FILHO, E. **Objectivity and subjectivity Inforensic psychiatry**. *In* Rev. Bras. De Psiquiatria, v.35, n. 2, São Paulo, Apr./June 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462013000200113](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000200113)>. Acesso em 10 jun. 2019.

ADIALA, J. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17765>>. Acesso em 10 jun. 2019.

AGAMBEN, G. **Homo sacer**. O poder soberano e vida nua I. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

ALMEIDA JUNIOR, A. **O alcoolismo no Brasil-Colônia (origens do aguardentismo nacional)**. *In* Revista da Faculdade de Direito abril-junho de 1934 Volume XXX - Fasc. II. Empresa Gráfica da "Revista Dos Tribunais". São Paulo, 1934.

ALMEIDA, O. M. de. **Desinstitucionalização das medidas de segurança na Paraíba: entre controles e abandonos**. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA. João Pessoa, 2018.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia**. *In* Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM). Disponível em <<http://stat.necat.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/998/1107>>. Acesso em 10 jun. 2019.

AMARANTE, P.; TORRE, E. **A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001. Disponível em <[http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/A\\_CONSTITUI%C3%87%C3%83O\\_DE\\_NOV\\_AS\\_PR%C3%81TICAS\\_NO\\_CAMPO\\_DA\\_ATEN%C3%87%C3%83O\\_PSICOSSOCIAL.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/A_CONSTITUI%C3%87%C3%83O_DE_NOV_AS_PR%C3%81TICAS_NO_CAMPO_DA_ATEN%C3%87%C3%83O_PSICOSSOCIAL.pdf)>. Acesso em 10 dez. 2018.

ANADEP. **IV diagnóstico da Defensoria Pública no Brasil**. Gabriella Vieira Oliveira Gonçalves, Lany Cristina Silva Brito, Yasmin von Glehn Santos Filgueira (orgs.) - Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Reforma do Judiciário, 2015. Disponível em <<https://www.anadep.org.br/wtksite/downloads/iv-diagnostico-da-defensoria-publica-no-brasil.pdf>>. Acesso em 02 ago. 2019.

ANGELL, M. A epidemia de doença mental. **Revista Piauí**, São Paulo, ed. 59, ago. 2011. Disponível em <<https://piaui.folha.uol.com.br/materia/a-epidemia-de-doenca-mental/>>. Acesso em 10 maio 2019.

ANTUNES, J. **Medicina, leis e moral**: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930) / José Leopoldo Ferreira Antunes. - São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

ARANTES, M. A. **Para mim, Paraty** – alcoolismo e loucura em Lima Barreto. In SMAD - Revista eletrônica Saúde Mental, álcool e drogas. Vol. 04, num. 01, art. 09. 2008. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38670>. Acesso em 10 jun. 2019.

ARAUJO, A.; LOTUFO NETO, F. **A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais** – o DSM-5. In Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn., 2014, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 10 jun. 2019.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. 1ª ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARENDT, H. **As origens do Totalitarismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

ASSIS, D. A. D. **Risco social e saúde mental como argumentos para o encarceramento de crianças e adolescentes**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional Adolescente em Conflito com a Lei – UNIBAN/Anhanguera - São Paulo.

ASSIS, D. A. D. SILVA, A. A. **Segunda era de direitos da Reforma Psiquiátrica?** A abolição da inimputabilidade penal na passagem da assistência aos direitos da pessoa com transtorno mental. In CORREIA, L. C. PASSOS, R. G. Dimensão Jurídico Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Limites e Possibilidades. Rio de Janeiro: Gramma, p. 155-182, 2017.

FERNANDES, J. **Selvagens bebedeiras**: álcool, embriaguez e contatos culturais no Brasil Colonial. Tese de doutoramento. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2004.

BARRETO, T. **Estudos de Direito**/Ed. fac-similar. - Brasília: Senado. Federal, Conselho Editorial, 2004. Disponível em <[https://archive.org/stream/TobiasBarretoObrasCompletas06EstudosDeDireitoVol.1/Tobias%20Barreto%20-%20Estudos%20de%20Direito\\_djvu.txt](https://archive.org/stream/TobiasBarretoObrasCompletas06EstudosDeDireitoVol.1/Tobias%20Barreto%20-%20Estudos%20de%20Direito_djvu.txt)>. Acesso em 10 jun. 2019.

BATISTA, D (trad.). **DSM IV** – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BATISTA, G. **Sistema punitivo contemporâneo**: genealogia das prisões e funções disciplinares das estruturas penitenciárias, s/d. Disponível em <[https://www.academia.edu/16575760/SISTEMA\\_PUNITIVO\\_CONTEMPOR%C3%82NEO\\_GENEALOGIA\\_DAS\\_PRIS%C3%95ES\\_E\\_FUN%C3%87%C3%95ES\\_DISCIPLINARES\\_DAS ESTRUTURAS PENITENCI%C3%81RIAS](https://www.academia.edu/16575760/SISTEMA_PUNITIVO_CONTEMPOR%C3%82NEO_GENEALOGIA_DAS_PRIS%C3%95ES_E_FUN%C3%87%C3%95ES_DISCIPLINARES_DAS ESTRUTURAS PENITENCI%C3%81RIAS)>. Acesso em 10 maio 2019.

BATISTA, M.; NISIIDE, A.; SALVALAGIO, A.; OGLIO, A. **Família e saúde mental: crítica ao paradoxo da centralidade da família na política de atenção em saúde mental.** In I SEMINÁRIO NACIONAL: Família e Políticas Sociais no Brasil – UFV. Disponível em <<http://www.ppged.ufv.br/seminariofamiliapoliticassociais/wp-content/uploads/Fam%C3%ADlia-e-sa%C3%BAde-mental-cr%C3%ADtica-ao-paradoxo-da-centralidade-da-fam%C3%ADlia-na-pol%C3%ADtica-de-aten%C3%A7%C3%A3o-em-sa%C3%BAde-mental.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2019.

BATISTA, N. **Matrizes ibéricas do sistema penal brasileiro** I. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BECCARIA, C. **Dos Delitos e Das Penas.** 2ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

BENTHAN, J. **O panoptico.** 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

BERGSON, H., 1859-1941. **Matéria e memória:** ensaio sobre a relação do corpo com o espírito / Henri Bergson ; tradução Paulo Neves. - 2- ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1999. - (Coleção tópicos).

BOITEUX, L.; WIECKO, E. et al, **Tráfico de drogas e Constituição** - Um estudo jurídico-social do tipo do art. 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais (Série Pensando o Direito – n. 1/2009 – Secretaria de Assuntos Jurídicos do Ministério da Justiça (SAL). Disponível em <[www.justica.gov.br](http://www.justica.gov.br)>. Acesso em 10 dez 2018.

BRASIL. [Constituição (1824)]. **Constituição Política do Império do Brasil**, de 25 de março de 1824. Manda observar a Constituição Política do Imperio, offerecida e jurada por Sua Magestade o Imperador. Presidência da República [1824]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 1 jan. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 847, de 11 de outubro de 1890.** Promulga o Código Penal. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República [1890]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1851-1899/D847.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/D847.htm)>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 1132, de 22 de dezembro de 1903.** Reorganiza a Assistencia a Alienados. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República [1903]. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 14.831, de 25 de maio de 1921.** Approva o Regulamento do Manicomio Judiciario. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República [1921b]. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 4.294, de 6 de julho de 1921.** Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morphina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo alcool ou substancias

venenosas [...]. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, DF [1921a]. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html>>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 24.559, de 03 de julho de 1934.** Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, [1934]. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 6.117, de 22 de maio de 2007.** Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2007]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940.** Código Penal. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, [1940]. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei n. 3.689, de 03 de outubro de 1941.** Código de Processo Penal. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República, [1940]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm)>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Decreto Legislativo n. 186, de 2008.** Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília, DF: Presidência da República, [2008a]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília, 2010a. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Departamento de Polícia Federal (DPF). **Manual de orientação de quesitos da perícia criminal** / Departamento de Polícia Federal, Instituto Nacional de Criminalística. – 1. ed. – Brasília: Diretoria Técnico Científica, 2012. Disponível em <[http://www.criminal.mppr.mp.br/arquivos/File/Manual\\_Orientacao\\_Quesitos\\_Pericia.pdf](http://www.criminal.mppr.mp.br/arquivos/File/Manual_Orientacao_Quesitos_Pericia.pdf)>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei de 16 de dezembro de 1830.** Manda executar o Código Criminal. Rio de Janeiro, DF: Presidência da República [1830]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm)>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 7.209, de 11 de julho de 1984.** Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1984]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 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. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República [1993]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm)>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003.** Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF: Presidência da República, [2003]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Brasília, DF: Presidência da República, [2006]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em 10 jun. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, [2015b]. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Alcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras /** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GRE/IPPQ-HC/FMUSP; Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. – Brasília: SENAD, 2010b. 284 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias** – junho de 2014. Brasília, 2014a. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/news/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias** – junho de 2016. Disponível em <[http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio\\_2016\\_22111.pdf](http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf)>. Acesso em 10 dez. 2018.

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

\_\_\_\_\_. **Plano Crack, É Possível Vencer.** Brasília, 2011a. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/news/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 251, de 31 de janeiro de 2002.** Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-251-31-JANEIRO-2002.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 52, de 20 de janeiro de 2004.** Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília, 2004. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2644, de 28 de outubro de 2009.** Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Brasília, 2009a. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-2644-28-OUTUBRO-2009.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.190, de 04 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, 2009b. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 131, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012a. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool

e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012b. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 148 de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, 2012c. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html). Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12**, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília, 2015a. Disponível em <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Ministério da Justiça. **Portaria Interministerial n. 01/2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014b. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html)>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n. 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis. Brasília, 2014c. Disponível em < [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA\\_N\\_94\\_14\\_01\\_14.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PORTARIA_N_94_14_01_14.pdf)>. Acesso em 10 jun. 2019.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: UNESCO, 2009

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei n. 3657/1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília [1989]. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>>. Acesso em 10 dez. 2018.

BRAZIL-MEDICO: **Revista Semanal de Medicina e Cirurgia**. Rio de Janeiro: Policlínica Geral do Rio de Janeiro, v. 18, 1904. Disponível em <<https://www.obrasraras.fiocruz.br/gallery.php?mode=gallery&id=20&page=1>>. Acesso em 10 jun. 2019.

BRITO, L. **Arquivo de um sequestro jurídico-psiquiátrico: o caso Juvenal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

CABRAL, A. et al. **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>. Acesso em 10 dez 2018.

CALDAS, M. **Dos municípios-manicômios**. In Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental. Ano 8, 1-2-3 jan-set. 1935. Disponível em <http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/85-arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>. Acesso em 10 jul. 2017

CAMPOS, M. **Pela metade: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo**. Tese apresentada ao Dep. de Sociologia (FFLCH/USP), para obtenção do título de doutor em Sociologia. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-31072015-151308/pt-br.php> Acesso em 10 dez. 2018.

CAREGNATO, R., MUTTI, R. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. In Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Out-Dez. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

CARNEIRO, H. **A gênese do proibicionismo moderno e o ponto de inflexão atual**. In: COLETIVO DAR (org.). In Dichavando o poder: drogas e autonomia. São Paulo: Autonomia Libertária, 2016.

\_\_\_\_\_. **Bebida, Abstinência e Temperança na História Antiga e Moderna**. 1ª ed. São Paulo: Senac, 2010.

\_\_\_\_\_. **Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo**. VENANCIO, R.; CARNEIRO, H. In Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.

CARRILHO, H. **Estudo Clínico das Epilepsias Emotivas**. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 1930.

CARVALHO, S. **Substitutivos penais na era do grande encarceramento**. In Criminologia e sistemas jurídico-penais contemporâneos II. Ruth Maria Chittó Gauer (org.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. Disponível em <<https://www.passeidireto.com/arquivo/38853942/criminologia-e-sistemas-jurdico-penais-contemporneos---volume-ii---ruth-maria-ch>>. Acesso em 10 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **O papel da perícia psicológica na execução penal**. In Psicologia jurídica no Brasil. Hebe S. Gonçalves e Eduardo P. Brandão (orgs). 3ª ed., Rio de Janeiro: Nau, 2011.

\_\_\_\_\_. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CARVALHO NETTO, M.; MATTOS, V. **O novo direito dos portadores de transtorno mental**: o alcance da Lei 10.216/2001. Conselho Federal de Psicologia, 2005.

MAIOR abandonado. Intérprete: Cazuza. Compositor: Cazuza. In: Maior abandonado: Opus Columbia. Rio de Janeiro, 1984. 1 LP stereo.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. José Carlos F. Galduróz (org.) [et al.]. São Paulo, 2004.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010/** E. A. Carlini (supervisão) [et. al.]. São Paulo: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo. Brasília, 2010. 503 p.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. 2ª ed. – São Paulo: Brasiliense, 2008. – (Coleção Primeiros Passos; 13).

COSTA, J. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

MAIOR abandonado. Intérprete: Nara Leão. Compositores: Chico Buarque e Sivuca. In: Meus amigos são um barato: Philips / Phonogram. Rio de Janeiro, 1977. 1 LP stereo.

MAGNO, P. **E assim morre o exame de cessação de periculosidade...** In Livro de teses e práticas exitosas: Defensoria Pública: Em defesa das pessoas em situação de vulnerabilidade / 13. Congresso Nacional dos Defensores Públicos. – Santa Catarina, 2017. Disponível em <[http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2018/01/PatriciaMagno\\_pr%C3%A1tica\\_EMPAP.pdf](http://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2018/01/PatriciaMagno_pr%C3%A1tica_EMPAP.pdf)>. Acesso em 10 maio 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspecções aos manicômios** - Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2015. Disponível em [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP\\_Livro\\_InspManicomios\\_web.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web.pdf)>. Acesso em 10 dez. 2018.

CORDEIRO, L. **A concepção subjetiva de tempo na condição de encarceramento**: uma experiência no Presídio de Passo Fundo. In Revista Filosofazer. Passo Fundo, n. 42, jan./jun. 2013. Disponível em <[http://ifibe.edu.br/editora/catalog/product\\_info.php/products\\_id/101](http://ifibe.edu.br/editora/catalog/product_info.php/products_id/101)>. Acesso em 10 jun. 2019.

COSTA, C.; MECLER, K.; SELLES, L; OLIVEIRA, R; MARQUES, T. **Perigo real ou imaginário: uma reflexão crítica e uma proposta de modelo alternativo ao exame de verificação de cessação de periculosidade vigente no Código Penal Brasileiro**. In Revista Brasileira de Ciências Criminais, Ano 26, V. 144, jun/2018.

CUNHA, M. **O tempo insuspenso**. Uma aproximação a duas percepções carcerárias da temporalidade. In O tempo, as Culturas e as Instituições. Para uma abordagem sociológica do tempo. Lisboa: Colibri, 2007, 91-104.

DAVIS, A; DENT, G. **A prisão como fronteira**: uma conversa sobre gênero, globalização e punição. In Rev. Estud. Fem. vol. 11 n. 2 Florianópolis July/Dec. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2003000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2003000200011)>. Acesso em 10 dez. 2018.

DE LEONARDIS, O.; ROTELLI, F.; MAURI, D. **Desinstitucionalização, uma outra via**. In: NICÁCIO, F. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA. Disponível em <<https://defensoria.pb.def.br/defensores.php>>. Acesso em 02 ago. 2019.

DELGADO, P. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DIAS, A.; LOPS, M. **Uma análise dos debates médicos e jurídicos sobre responsabilidade penal no Rio de Janeiro entre 1890 e 1942**. In Revista Brasileira de Ciências Criminais, Ano 26, V. 144, jun/2018.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil**: censo 2011. Brasília: LetrasLivres: Editora UnB, 2013.

DIREITOS HUMANOS, Ministério. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. **Relatório de visita a unidades de privação de liberdade no estado da Paraíba** – Outubro de 2016. Brasília: Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, 2016. p. 43-57. Disponível em: <<http://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/sistema-nacional-de-prevencao-e-combate-a-tortura-snpct/mecanismo/paraiba-relatorio-de-visita-as-unidades-de-privacao-de-liberdade-da-paraiba-outubro-2016-1/view>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

DITTER, M. **Lógica atuarial e Incapacitação Seletiva** - a farsa da eficiente gestão diferencial das novas classes. Rev. Epos vol. 4 n.1 Rio de Janeiro jun. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2178-700X2013000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2013000100003)>. Acesso em 10 dez. 2018.

DORNELLES, R. **“O círculo alienista”**: reflexões sobre o controle penal da loucura. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Direito - Universidade de Brasília. 2012. Disponível em <<http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/10758>>. Acesso em 10 jun. 2019.

ELIAS, N; SCOTSON, J. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ENGEL, M. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FEELEY, M; SIMON, J. **A nova penalogia**: notas sobre a emergente estratégia correcional e suas implicações. Ambivalência, contradição e volatilidade no sistema penal: leituras contemporâneas da sociologia da punição – Carlos Canêdo e David Fonseca (organizadores). Belo Horizonte: Editora UFMG. 2012.

FIGUEIRÓ, R.; DIMENSTEIN, M. **Castigo, gestão do risco e da miséria**: Novos discursos da prisão na contemporaneidade. Estudos de Psicologia, 21(2), abril a junho de 2016, 192-

203. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2016000200192&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2016000200192&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 10 dez. 2018.

FIGLIORE, M. **A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil**: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. VENANCIO, R.; CARNEIRO, H. Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.

FISCHER, R. **Foucault e a análise do discurso em educação**. In Cadernos de Pesquisa, n. 114, p. 197 – 223, nov/ 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742001000300009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742001000300009&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 10 jun. 2019.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, D. **Assumindo riscos**. Ambivalência, contradição e volatilidade no sistema penal – leituras contemporâneas da sociologia da punição. Carlos Canêdo e David Fonseca (org). Belo Horizonte: UFMG, 2012.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves, 7ª ed.. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

\_\_\_\_\_. **A evolução da noção de indivíduo perigoso**. In Ética, Sexualidade, política. Ditos & Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b.

\_\_\_\_\_. **A governamentalidade**. In Michael Foucault, Microfísica do poder (pp. 277-293). Rio de Janeiro: Graal.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. 20ª Ed. São Paulo: Loyola, 2010.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**. Trad. Roberto Machado e Eduardo Martins. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2002.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. **O Sujeito e o Poder**. In DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. **Nietzsche, a genealogia e a história**. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

\_\_\_\_\_. **Sobre a arqueologia das ciências**. Resposta ao círculo de epistemologia. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

\_\_\_\_\_. (coord.) **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão...** Um caso de parricídio do século XIX, apresentado por Michel Foucault; tradução de Denize Lezan de Almeida. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003b.

FRAGOSO, H.; BATISTA, N.; LAVIGNE, A. **Revista de Direito Penal e Criminologia**. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

GARAY, L. **La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad**: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad. In *Revista para el análisis del derecho*. Barcelona, 2014. Disponível em <[www.indret.com](http://www.indret.com)>. Acesso em 10 jun. 2019.

GARLAND, D. **As contradições da “sociedade punitiva”**: o caso britânico. *Revista de Sociologia e Política*, n. 13: p. 59-80 nov. 1999. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44781999000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44781999000200006)>. Acesso em 10 dez. 2018.

GELINSKI, C.; MOSER, L. **Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais**. In *Familismo, direito e cidadania: contradições da política social*. Mioto, C. et al (orgs.). São Paulo: Cortez, 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7 ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

GREGOLIN, M. **O enunciado e o arquivo**: Foucault (entre)vistas. SARGENTINI, V; NAVARRO-BARBOSA, P. Foucault e os domínios da linguagem: discurso, poder, subjetividade. São Carlos: Claraluz, 2004.

HAGUETTE, T. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

HIRDES, A. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):297-305, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 10 dez. 2018.

JUSTIÇA. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução CNJ n. 113, de 20/04/2010**. Dispõe sobre o “procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança”. 2010b. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2596>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão** - Supervisão do Departamento de Monitoramento e Fiscalização do sistema carcerário e do sistema de execução de medidas socioeducativas – DMF. 2017. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2017/04/23902dd211995b2bcba8d4c3864c82e2.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNJ n. 185, de 18/12/2013**. Institui o Sistema Processo Judicial Eletrônico - PJe como sistema de processamento de informações e prática de atos processuais e estabelece os parâmetros para sua implementação e funcionamento. Disponível em <<http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2492>>. Acesso em 15 dez. 2018.

JUSTIÇA. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução CNPCP n. 2, de 10 de janeiro de 2014**, Brasília, 2014a. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-2-de-10-de-fevereiro-de-2014.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNPCP n. 4, de 30/07/2010.** Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, 2010a. Disponível em <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Resolução CNPCP n. 5, de 04/05/2004.** Dispõe sobre as 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/seus-direitos/politica-penal/cnpcp-1/resolucoes/resolucoes-arquivos-pdf-de-1980-a-2015/resolucao-no-05-de-04-de-maio-de-2004.pdf>>. Acesso em 10 dez. 2018.

KARAM, M. L. **A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo.** Drogas e cultura: novas perspectivas. LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Orgs.) Salvador: Edufba, 2008. p. 13-21.

KINOSHITA, R. **Autopoiese e Reforma Psiquiátrica** - Col. Saúde Loucura. São Paulo: Hucitec. 2016.

LOPES, E. **A alta tardia dos heredo-psychopathas por motivo de ordem eugênica.** In Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental. Ano 6 Número 4 - Outubro-Dezembro 1933. Disponível em <http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/85-arquivos-brasileiros-de-higiene-mental>. Acesso em 10 jul. 2017

MACIEL, L. **A loucura encarcerada:** Um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1896-1927). Dissertação. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense. Niterói, 1999.

MACHADO, R. et al. **Danação da Norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

MARX, K. **Sobre o suicídio.** São Paulo: Boitempo, 2006.

MECLER, K. **Periculosidade:** Evolução e aplicação do conceito. In Rev. Bras. Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2010; 20(1): 70-82. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100010)>. Acesso em 10 jun. 2019.

MELLO, L. **Nise da Silveira:** caminhos de uma psiquiatra rebelde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Automática Edições, 2014.

MENDIETA, E. **Política e Prisões:** uma entrevista com Angela Davis. Impulso, Piracicaba, 17(43): 127-138, 2006. Disponível em <<https://www.geledes.org.br/politica-e-prisoos-uma-entrevista-com-angela-davis/>>. Acesso em 10 dez. 2018.

MESSUTI, A. **O tempo como pena.** Trad. Tadeu Antonio Dix Silva, Maria Clara Veronesi. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

MINAYO, M. **O desafio da pesquisa social.** Pesquisa social: teoria, método e criatividade. MINAYO, M. C. S. (Org.). Petrópolis: Vozes, 1994.

MIOTO, R.; ALVES, F. **O Familismo nos Serviços de Saúde:** expressões em trajetórias assistenciais. In Argumentum, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 208-220, jul./dez. 2015

MIOTO, R.; PRÁ, K. **Serviços sociais e responsabilização da família**: contradições da política social brasileira. Trabalho apresentado no XIII ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Juiz de Fora/MG. 2012. Disponível em <[http://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2015/05/texto-9\\_capacita%C3%A7%C3%A3o-trabalho-com-familias\\_Mioto-servi%C3%A7os-sociais-e-familia.pdf](http://nisfaps.paginas.ufsc.br/files/2015/05/texto-9_capacita%C3%A7%C3%A3o-trabalho-com-familias_Mioto-servi%C3%A7os-sociais-e-familia.pdf)>. Acesso em 10 jun. 2019.

PROIHIBITION. Direção: Ward, G. Produção: Florentine Films. Estados Unidos: PBS, 2011. Disponível em <[www.netflix.com](http://www.netflix.com)>. Acesso em 10 jun. 2019.

ORLANDI, E. P. **Michel Pêcheux e a Análise do Discurso**. Estudos da Lingua(gem). Vitória da Conquista, n. 01, p. 09 – 13, jun. 2005. Disponível em <<http://www.estudosdalinguagem.org/index.php/estudosdalinguagem/article/viewFile/4/3>>. Acesso em 15 dez. 2018.

OLIVEIRA, G.; MECLER, K.; CHALUB, M.; VALENÇA, A. **O exame de Verificação de Cessação de Periculosidade**: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente. *In Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 19(2), 322-341, jun. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142016000200322](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142016000200322)>. Acesso em 10 jun. 2019.

OLIVEIRA, L. **Discursos médicos e jurídicos sobre maconha no Brasil e na Paraíba**: os contradiscursos nos debates sobre as políticas de drogas à luz dos direitos humanos. Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCJ. João Pessoa, 2016.

OLIVEIRA, X. **Da prophylaxia mental do imigrantes**. *In Arquivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Ano 5 Número 1 - Janeiro-Setembro 1932. Disponível em <http://old.ppi.uem.br/gephe/index.php/arquivos-digitalizados/14-sample-data-articles/85-arquivos-brasileiros-de-higiene-mental> Acesso em 10 jul. 2017.

PARAÍBA. **Decreto-lei n. 471, de 16 de agosto de 1943**. Cria o Instituto Psiquiátrico Forense no estado da Paraíba.

PIMENTA, V. **Por trás das grades**: o encarceramento em massa no Brasil. 1ª ed. Rio de Janeiro: Revan, 2018

PITCH, T. **Responsabilidades limitadas**. Actores, conflictos y justicia penal. 1ª Ed., Buenos Aires: Ad-Hoc, 2003.

PRADO FILHO, K; LEMOS, F. **Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil**. *In Rev. Contemporânea*, v. 2, n. 1 p. 45-63, Jan.–Jun. 2012. Disponível em <<http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/59>>. Acesso em 10 dez. 2018.

PSICOLOGIA, Conselho Federal de. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

RAMALHO, J. **Mundo do crime**: a ordem pelo avesso. 2002. Disponível em <[www.centroedelstein.org.br](http://www.centroedelstein.org.br)>. Acesso em 10 dez. 2018.

RESEARCH, Institute for Criminal Policy. **World Prison Population List**. Eleventh edition. 2015. Disponível em <[http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world\\_prison\\_population\\_list\\_11th\\_edition\\_0.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_11th_edition_0.pdf)>. Acesso em 10 dez. 2018.

RESEARCH, Institute for Criminal Policy. **World Female Imprisonment List**. Fourth edition Women and girls in penal institutions, including pre-trial detainees/remand prisoners. 2017. Disponível em [http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world\\_female\\_prison\\_4th\\_edn\\_v4\\_web.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_female_prison_4th_edn_v4_web.pdf). Acesso em 10 m dez ar. 2018.

RESENDE, P.; MACIEL, W. **Medida de segurança como questão de saúde no Distrito Federal e a (des)construção da quesitação penal pelos agentes institucionais**. Revista Brasileira de Ciências Criminais. vol. 144. ano 26. p. 475-500. São Paulo: Ed. RT, junho 2018. Disponível em <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6563755>>. Acesso em 10 jun. 2019.

REY, M. **O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875)**. Trad. Christian Greis. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 382-403, junho 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142012000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000200012)>. Acesso em 10 dez. 2018.

RODRIGUES, N. **As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil**. 2.<sup>a</sup> ed, V. 1, Bahia, 1894. Disponível em [www.cairu.br/biblioteca/arquivos/Direito/As\\_racas\\_humanas\\_responsabilidade\\_penal\\_Brasil.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://www.cairu.br/biblioteca/arquivos/Direito/As_racas_humanas_responsabilidade_penal_Brasil.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br). Acesso em 10 jul. 2017.

ROSA, P. **Drogas e biopolítica**: uma genealogia da redução de danos. Tese de doutorado no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. PUC-SP. 2012. Disponível em <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/3436>>. Acesso em 10 jun. 2019.

ROTELLI, F. **A instituição negada**. In: NICÁCIO, F. Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

SANTOS, W.; DINIZ, D.; PEREIRA, N. **Deficiência e perícia médica**: os contornos do corpo. Deficiência e igualdade / Debora Diniz, Marcelo Medeiros, Lívia Barbosa (Organizadores) -- Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. 248 p.

SALES, A. **A interdiscursividade no discurso jurídico**: petições de dissolução de sociedade de fato. SIGNUM: Estud. Ling., Londrina, n.11/2, p. 207-221, dez. 2008. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/signum/article/view/3057>>. Acesso em 15 dez. 2018.

SANTOS, F. **Alcoolismo**: a invenção de uma doença. Dissertação de mestrado. Departamento de História do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 1995.

SAÚDE, Observatório de Análise de Política em. **Observatório de Análise de Política em Saúde**: Abordagens, objetos e investigações. Carmen Fontes Teixeira (org.). Salvador: EDUFBA, 2016.

SILVA, A. A. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará.** 345 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Curso de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em <<https://tede2.pucsp.br/handle/handle/17130>>. Acesso em 10 jun. 2019.

SOLAZZI, J. **A ordem do castigo no Brasil.** Manaus: Imaginário e Editora da Universidade Federal do Amazonas (EDUA), 2007, p. 258.

SOUZA, G.; AZEVEDO, R. **Analisar alternativas à prisão: proposta para superar uma dicotomia.** O público e o privado – n. 26 - Julho/Dezembro – 2015. 2015. Disponível em <<http://www.seer.uece.br/?journal=opublicoeoprivado&page=article&op=view&path%5B%5D=1215>>. Acesso em 10 de. 2018.

SOUZA, M. L.; BOARINI, M. L. **A deficiência mental na concepção da liga brasileira de higiene mental.** In Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, Mai.-Ago. 2008, v.14, n.2, p.273-292. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382008000200009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382008000200009). Acesso em 10 jul. 2017.

SPINK, M.; FREZZA, R. **Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social.** SPINK, M. J. (org) Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

STEPAN, N. **Eugenia no Brasil, 1917-1940.** In HOCHMAN, G., and ARMUS, D., (orgs.) Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde collection, pp. 330-391.

WEGNER, R., SOUZA, V. S. **Eugenia ‘negativa’, psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil.** In História, Ciências, Saúde, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/2013nahead/ahop0113.pdf>. Acesso em 10 jul. 2017.

TABORDA, J. **Psiquiatria forense** / José G. V. Taborda, Elias Abdalla-Filho, Miguel Chalub.– 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2012.

Guerra à pesquisa. **The Intercept.** Disponível em <<https://theintercept.com/2019/03/31/estudo-drogas-censura/>>. Acesso em 10 maio. 2019.

TOSI, G. **História conceitual dos direitos humanos.** In DIREITOS HUMANOS: História, teoria e prática. Giuseppe Tosi (org). João Pessoa: UFPB, 2004. Disponível em <<http://www.cchla.ufpb.br/ncdh/wp-content/uploads/2015/08/Direitos-Humanos-Historia-Teoria-e-Pratica.pdf>>. Acesso em 10 maio 2019.

UNIDAS, Nações. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10<sup>a</sup> ed. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em 10 dez. 2018.

VELO, J. **Teoria crítica do juízo de imputabilidade criminal.** 1<sup>a</sup>. Ed. Curitiba: UFPR, 2013.

ZAFFARONI, E. **La historia de los derechos humanos en America Latina.** Letícia Olgun (coord.). Educación y Derechos Humanos: una discusión interdisciplinaria. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Buenos Aires, 1989.

ZAFFARONI, E.; PIERANGELI, J. **Manual de Direito Penal Brasileiro**. Parte Geral. 3ª Ed. rev. e atualizada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.