

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Maria Izabel Sanches Costa**

**Política de saúde mental – política de segurança:  
manicômio judiciário, entre o hospital psiquiátrico e a prisão.**

**MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**São Paulo**

**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Maria Izabel Sanches Costa**

**Política de saúde mental – política de segurança:  
manicômio judiciário, entre o hospital psiquiátrico e a prisão.**

**MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais com ênfase em Ciências Políticas, sob a orientação do Prof. Dr. Edson Passetti.**

**São Paulo  
2009**

## ERRATA

COSTA, Maria Izabel Sanches. *Política de saúde mental-política de segurança: manicômio judiciário, entre o hospital psiquiátrico e a prisão*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUC-SP, 2009.

Página	Parágrafo	Linha	Onde se lê	Leia-se
Sumário	-	23	Considerações Finais	Reticências
10	4º	8ª	lhes que	que lhes
39	2º	1ª	1929	1934
87	2º	6ª	linhas de fuga	resistências
133	4º	2ª	semi-ininputável	semi-imputável

**Banca Examinadora**

---

---

---

## Agradecimentos

---

Aos meus pais, Josefina e Hélio, pelo tão precioso apoio e estímulo, sem os quais eu jamais teria conseguido completar esta etapa. Vocês são minhas raízes e me ensinaram a batalhar pelos meus sonhos!

Ao meu marido, Fernando, pela paciência e compreensão da minha ausência em tantos momentos, além do carinho e incentivo aos meus estudos.

À minha irmã, Ana, pela força em momentos de desânimo. Obrigada por sonhar comigo, nós conseguimos!

À minha querida abuela, pelo carinho incondicional. Tenha certeza de que sua neta a ama muito!

A todos da minha família materna e paterna!

À minha família canina e, em especial, ao Danton.

Ao grupo das meninas, Marcela, Lilian, Rossana, Andréa e Fernandona, pelo apoio, pelos desabafos e pelas noites de distrações tão preciosas. Vocês são essenciais em minha vida!

Às minhas amigas Brisa e Débora, pela preocupação com o andamento desta pesquisa, amizades indispensáveis!

Aos amigos Fouthine, Leandro e Syntia, meus companheiros de estudo e de longos debates no bar após as aulas.

Um agradecimento especial à Violeta, pela ajuda tão preciosa no material de pesquisa.

A Lincoln, Augusto e Danilo, pela leitura de meus capítulos e contribuições intelectuais.

Às professoras Silvana Tótora e Ana Godói, que compuseram a mesa de qualificação. Obrigada por contribuírem positivamente no desenvolvimento e aperfeiçoamento desta dissertação.

Ao professor Edson Passetti, pela indispensável orientação. Ensinou-me muito nestes anos!

Ao CNPQ, por me auxiliar financeiramente nesta pesquisa.

Não quero que ninguém ignore meus gritos  
de dor, quero que eles sejam ouvidos.

(Antonin Artaud, 1981)

## Resumo

---

Esta dissertação tem por objetivo analisar genealogicamente a aproximação dos discursos jurídico e psiquiátrico, em defesa da contenção do louco criminoso, no que tange à problemática da medida de segurança e à internação nos Manicômios Judiciários, atualmente conhecidos como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

A partir do aparecimento do psiquiatra nos tribunais, a figura do louco criminoso emergiu como um anormal que necessita ser estudado, tratado e normalizado. Desse modo, o saber da psiquiatria penal levou as políticas de saúde, legitimadas pelo conceito de periculosidade a aproximarem-se das políticas de segurança, como uma forma de reprimir esses indivíduos perigosos, retirando-os do convívio social. Com efeito, eles passam à custódia do Estado, em prol da manutenção da ordem e do bem-estar da sociedade através da imputação da medida de segurança.

Neste trabalho, procurou-se investigar os procedimentos técnicos de poder que realizam um controle disciplinar do corpo, em relação aos gestos, atitudes, comportamento dos loucos criminosos. A partir de um estudo das diferentes fases históricas do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, demonstrou-se que tanto a noção de indivíduo perigoso, bem como o modelo tratamento/custódia, modificam-se em cada discurso sócio-político vigente.

**Palavras-Chave:** Manicômio Judiciário, reforma psiquiátrica, periculosidade, medida de segurança e louco criminoso.



## Abstract

---

This dissertation aims to genealogically analyze the approach of legal and psychiatric discourses in defense of the insane criminal restraint in regard to security measure issues and their internment in Manicômios Judiciários (a Judiciary Mental Health Hospital), currently known as the Hospitals of Custody and Psychiatric Treatment (HCPT).

Since the appearance of the psychiatrist in court, the figure of the insane criminal emerged as a freak that needs to be studied, treated and normalized. Thus, the knowledge of criminal psychiatry led health policies to approach the security policies as a way to suppress these dangerous individuals, removing them from the social living, legitimized by the concept of social dangerousness. Indeed, they were taken to the State custody, for the maintenance of order and the social welfare through the execution of the security measure.

This work tried to investigate the technical procedures of power that produces a disciplinary control over the body, in regard to gestures, attitudes and behavior of insane criminals. From a study of the different historical phases of Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, it was shown that the notion of dangerous individuals, and its proposal for the model of treatment / custody, changes in each current socio-political discourse.

**Keywords:** Judiciary Mental Health Hospital; psychiatric reform; dangerousness; security measure; insane criminal.

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>1. A ORDENAÇÃO DO CAOS E A HOMOGENEIZAÇÃO DA HETEROGENEIDADE.....</b>	<b>8</b>
<b>O INUMANO DIANTE DO NORMAL .....</b>	<b>8</b>
<b>A CONSTRUÇÃO DA LOUCURA COMO DOENÇA MENTAL .....</b>	<b>11</b>
<b>PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: A PRISÃO COMO CENTRO DO SISTEMA PENAL .....</b>	<b>22</b>
<b>POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E POLÍTICA DE SEGURANÇA EM SÃO PAULO .....</b>	<b>30</b>
<b>2. GENEALOGIA DO INDIVÍDUO LOUCO E PERIGOSO .....</b>	<b>48</b>
<b>O APARECIMENTO DO MONSTRO .....</b>	<b>48</b>
<b>O PSIQUIATRA E O ANTROPÓLOGO CRIMINAL NOS TRIBUNAIS – O LOUCO CRIMINOSO .....</b>	<b>52</b>
<b>A MEDICALIZAÇÃO DO CRIME NO BRASIL E O MANICÔMIO JUDICIÁRIO .....</b>	<b>63</b>
<b>A RESISTÊNCIA .....</b>	<b>85</b>
<b>A RESISTÊNCIA EM 1983 – A LUTA PELA LIBERDADE .....</b>	<b>88</b>
<b>O JORNAL O BRILHO DO LUAR – A LUTA PELA VOZ .....</b>	<b>93</b>
<b>O NOVO DISCURSO DA CONJUNTURA ATUAL NO MANICÔMIO JUDICIÁRIO .....</b>	<b>95</b>
<b>3. EFEITOS DA SOCIEDADE DE CONTROLE: A LUTA ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>112</b>
<b>O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA .....</b>	<b>113</b>
<b>A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....</b>	<b>116</b>
<b>O HCTP E A REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>123</b>
<b>PROBLEMATIZAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA .....</b>	<b>131</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>145</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>159</b>

## Quadros

1.	Nº DE INTERNAÇÕES E ALTAS NOS ANOS DE 1946 A 1950, NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JUQUERÍ .....	40
2.	QUADRO DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO BRASIL .....	43
3.	GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO POR REGIME .....	44
4.	ÍNDICE DE PRESOS POR 100 MIL/HAB. E DE POPULAÇÃO POR VAGAS, DE 2002 E 2007, ESTADO DE SÃO PAULO E BRASIL .....	46
5.	MOVIMENTO MÉDIO ANUAL DA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DO HCTP DE FRANCO DA ROCHA DE 1994 A 2003.....	110
6	GRÁFICO DO TOTAL DA POPULAÇÃO INTERNA EM HCTPS, NO BRASIL, NO PERÍODO DE 2000 A 2007 .....	128

## Imagens

PRÉDIO DO HOSPITAL VISTO DE FRENTE .....	70
PLANTA DO ANDAR TÉRREO .....	73
PLANTA DOS 1º E 2º ANDARES .....	74
PORTA DE ENTRADA DE UMA CELA .....	76
DETALHE DE PORTA GRADEADA .....	77
INTERIOR DE UM DOS GRANDES PÁTIOS COM ABRIGO .....	78
MANCHETE DE JORNAL NOTÍCIAS POPULARES COM FOTOS .....	92
PACIENTES TRABALHANDO COM ENXADAS .....	102
PACIENTE SENTADO NO FUNDO DA CELA .....	106
VISTA AÉREA DO COMPLEXO HOSPITALAR DO JUQUERY .....	108
PÁTIO COM PAREDE PICHADA .....	109

## **Apresentação**

---

O interesse em relação a determinados problemas sociais está, em geral, associado a dois aspectos que poderiam ser caracterizados como *vivenciais*. O primeiro é, sem dúvida, a convivência do indivíduo em família, na escola e em seu ambiente familiar. A outra fonte a inspirar um projeto de pesquisa é produto da formação acadêmica. De fato, muitas vezes, é aí que aquele interesse é despertado por cursos e disciplinas ou é incentivado pelos professores.

Em relação ao projeto original desta pesquisa – o estudo da correlação entre o hospital psiquiátrico e a prisão, entre *crime e loucura* – meu interesse foi despertado, ainda adolescente, ao ouvir relatos que, para mim, soavam dissonantes em relação aos tratamentos recebidos pelos denominados *doentes mentais*. Essas fortuitas circunstâncias me foram propiciadas porque minha família passou, então, a residir em Mairiporã, cidade vizinha a Franco da Rocha, precisamente onde se localiza o Complexo Psiquiátrico do Juquery, que, então, tive a oportunidade de conhecer.

O outro aspecto, não menos importante, está relacionado à primeira formação universitária e, neste caso, minha formação em Ciências Sociais. Na graduação, realizei uma pesquisa de iniciação científica sobre **a *Luta Antimanicomial e o Projeto de Desospitalização do Hospital de Juquery***. Durante essa investigação, deparei-me com as instituições de custódia e meu foco de atenção passou a ser a relação entre *loucura e crime*. Para finalizar o curso de Ciências Sociais, dediquei-me a esse tema no Trabalho de Conclusão (TCC), elaborando pesquisa com o título *Genealogia do Indivíduo Perigoso*, cujo objetivo era analisar como o saber da Saúde Mental é apropriado pelo Direito Penal.

\*\*\*

O referencial teórico desta dissertação tem como base o que Foucault denominou de “*formas discursivas*” que são, de modo genérico, as formas de saber que são produzidas em um determinado período histórico, como, por exemplo, o discurso da filosofia, da literatura, da ciência, da medicina, da psiquiatria e do direito. Foucault não considera, entretanto, esse

nível estritamente discursivo, motivo pelo qual também se voltou para o que pode ser chamado de extradiscursivo, como fez em *Vigiar e Punir* e *História da Loucura*.

A cada período da história correspondem formas discursivas e práticas extradiscursivas próprias, que se articulam e que desaparecem ao final, para dar lugar a novas formações e práticas que caracterizarão o período seguinte. Foucault, por conseguinte, não enxerga a história como continuidade, mas sim, como descontinuidade.

Por meio da análise de discurso foucaultiana, procurou-se mostrar o aparecimento de saberes a partir de condições externas a eles mesmos, situando-os como elementos de um dispositivo político. Pretendeu-se explicar suas existências e transformações, situando-os como peças de relações de poder ou incluindo-os em um dispositivo político. A genealogia é uma análise histórica das condições políticas de possibilidade dos discursos e diz respeito, sobretudo, ao poder e à sua relação com o saber. Esse poder intervém materialmente e atinge a realidade mais concreta dos indivíduos – o seu corpo –; não se situa acima dele, mas penetra na vida cotidiana como micropoder ou subpoder. Procurou-se, neste trabalho, investigar os procedimentos técnicos de poder que realizam um controle disciplinar do corpo, em relação a gestos, atitudes, comportamento dos indivíduos considerados anormais, loucos.

O poder exerce-se em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e, neste contexto, os micropoderes podem estar, ou não, interligados ao Estado. Voltamos à análise para esses micropoderes, relacionados à produção de determinados saberes sobre o louco e o criminoso, suas tecnologias próprias e histórias específicas, relacionadas com o nível mais geral do poder constituído pelo aparelho do Estado. O Estado, segundo Foucault, não é o ponto de partida para explicar a constituição dos saberes nas sociedades disciplinares, e foi, muitas vezes fora de sua esfera, que se instituíram relações de poder, que mais tarde foram utilizadas e transformadas pelas formas de dominação do aparelho estatal. O poder não está localizado em nenhum ponto específico da estrutura social; não é uma propriedade e não existe materialmente falando, mas o que há são as práticas de poder. O poder funciona e se dissemina; não é um objeto, mas sim uma relação.

O poder disciplinar, em geral, possui uma eficácia produtiva, uma riqueza estratégica. O indivíduo e o conhecimento dizem respeito a essa produção, cujo alvo é o corpo humano, a ser aprimorado e adestrado. Interessa-lhe, basicamente, não expulsar os indivíduos do convívio social, nem impedir o exercício de sua atividade, mas, sim, gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações, para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades por meio de um sistema de aperfeiçoamento contínuo de suas capacidades. O objetivo é, ao mesmo tempo, econômico e político: aumentar o efeito de seu trabalho atribuindo-lhes utilidade econômica; diminuir sua capacidade de revolta, de resistência, de luta, de insurreição contra as ordens do poder; e neutralizar os efeitos do contra-poder, tornando os homens dóceis politicamente.

A história da penalidade aparece como problema numa relação específica de poder sobre o indivíduo enclausurado. Inicia-se sobre seu corpo, utilizando uma tecnologia própria de controle. Essa tecnologia pan-óptica encontra-se tanto na prisão, como em hospitais, manicômios, exércitos, escolas e fábricas. A disciplina funciona como método, que permite o controle minucioso das operações do corpo, que assegura a sujeição constante de suas forças e lhe impõe uma relação de docilidade-utilidade. É um poder que trabalha o corpo dos homens, necessário ao funcionamento e à manutenção da sociedade industrial-capitalista, mas não só dela. Controla-se o tempo; estabelece-se uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir com o máximo de rapidez e o máximo de eficácia. Neste sentido, a vigilância é o seu principal instrumento de controle e implica um registro contínuo de conhecimentos, pois, ao mesmo tempo em que exerce um poder, produz um saber.

Por conseguinte, desde o século XIX, é a partir da vigilância do corpo do louco enclausurado nos hospitais psiquiátricos, que a psiquiatria irá extrair saberes e desenvolverá sua terapêutica, visando sujeitá-los ao poder disciplinar. Através de técnicas de controle do corpo e silenciamento da loucura, o hospital irá impor a docilidade e a obediência dos considerados anormais.

Foi a partir do discurso psiquiátrico e do direito penal que se desenvolveram as técnicas disciplinares aplicadas ao corpo do indivíduo considerado louco-criminoso. Visto como

desestabilizador da ordem social, esse indivíduo perigoso deveria ser retirado do convívio social até que fosse normalizado.

\*\*\*

No Brasil, os doentes mentais infratores são definidos no Código Penal Brasileiro de 1984, em seu artigo 26, como inimputáveis: incapazes de entender o caráter ilícito do ato criminoso, não podendo, portanto, serem condenados em decorrência de sua irresponsabilidade penal e ficando submetidos à medida de segurança. Esta não é prevista como uma modalidade de sanção penal, mas como um meio de prevenção social de novos delitos. Seu principal objetivo é o tratamento do doente mental infrator em Manicômio Judiciário, onde ele permanecerá internado por um período mínimo de um a três anos, tendo condicionada sua liberdade à verificação da cessação de periculosidade.

O estudo de caso desta dissertação tem sua origem no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, até pouco tempo chamado – e ainda usualmente conhecido – como Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. É uma instituição subordinada à Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo, destinada à custódia e ao tratamento de pessoas que, acometidas dos considerados transtornos mentais, tenham praticado algum ato definido legalmente como delituoso.

Pretende-se mostrar, aqui, que os manicômios judiciários são marcados por uma dupla força, por vezes contrárias, mas que trabalham conjuntamente na reclusão e na busca da normalização desses indivíduos em prol da ordem social vigente: o discurso psiquiátrico justifica a reclusão com a busca da cura psíquica e o discurso jurídico, por sua vez, tem na punição da infração seu argumento para a prisão.

A pesquisa transcorreu sob diversas dificuldades para obtenção de documentos relativos à tentativa de fuga em 1983, dados estatísticos e depoimentos de funcionários. Realizei sete visitas ao Manicômio Judiciário de Franco da Rocha e concluí cinco entrevistas com funcionários ativos e ex-funcionários da instituição - uma diretora, um ex-diretor e dois psiquiatras que trabalharam no Manicômio -, assim como análise de reportagens publicadas em jornais, revistas, especialmente sobre reformas e levantes. Ressalto, por solicitação dos

entrevistados, que os nomes citados são fictícios, tais como Dr. Orlando, Dr. Olga e Dr. Pedro, cujos depoimentos estão apresentados ao longo dos capítulos 2 e 3.

\*\*\*

Cabem ainda, algumas informações iniciais sobre a organização desta dissertação. O primeiro capítulo consiste na análise dos discursos psiquiátricos e jurídicos que legitimaram o aparecimento dos hospitais psiquiátricos e as prisões, guiada pela genealogia foucaultiana do poder na sociedade disciplinar. Discutem-se, também, os conceitos de normalidade e anormalidade acompanhando as noções elaboradas por George Canguilhem. Ademais, procurou-se mostrar as diferentes fases das políticas públicas de saúde e de segurança no Brasil.

A história da psiquiatria evidencia gerações de alienistas que negaram – e negam – a razão do indivíduo louco, levando a sociedade a uma surdez em relação à sua voz e à credibilidade de seu desejo, suas vontades, seus anseios. A medicina psiquiátrica, a partir de seu discurso sobre a anormalidade mental, impõe-se como a terapêutica científica capaz de organizar o caos da loucura enquanto algo que exige disciplina e reordenamento.

A loucura, consolidada enquanto doença mental e sofrimento psíquico, isolou o indivíduo da sociedade para que a terapêutica pudesse analisar e disciplinar seu corpo a partir de uma ótica específica, a da anormalidade. A consequência da genealogia do louco, a partir de sua internação em uma instituição disciplinar como o manicômio, é a perda de sua credibilidade perante a sociedade enquanto indivíduo racionante, para ser visto como perigoso e inoportuno. Sua fala é analisada como delírio e o estigma de anormal se encarregará de delinear sua história para o resto de sua vida. Em relação ao louco criminoso, o estigma é ainda maior, pois sua vida estará marcada pela infração cometida e seu caráter e seu comportamento serão classificados segundo a psiquiatria forense.

Ele passa a viver situações que o isolam, que tiram a sua autonomia e moldam o seu corpo, seus direitos, sua fantasia e sua expressão individual. Subjugado à condição de anormal, perde a credibilidade de suas próprias potencialidades e acaba por acreditar na sua situação de louco.



Uma vez enclausurado no mundo da loucura institucionalizada, sua saída torna-se praticamente impossível, pois a burocracia psiquiátrica e jurídica, com o aval da sociedade, teme colocá-lo em circulação livre novamente. A reclusão por um longo período de tempo faz com que muitos pacientes tenham medo da liberdade, do exterior, pois a sociedade que eles encontrarão será estranha aos seus olhos, desconhecida e diferente da que eles deixaram quando foram internados.

O segundo capítulo mostra a apropriação do saber psiquiátrico pelo direito penal, com o objetivo de imputar o tratamento ao louco-criminoso na sociedade disciplinar, com base nas teorias da Escola Positivista e na teoria da degeneração. Nessa perspectiva, a racionalidade do crime passa a ser requisitada pela nova economia do poder de punir, a prisão, o que não acontecia de forma alguma na sociedade de soberania com os suplícios. Deixa-se de julgar os atos dos criminosos para julgar a alma de tais indivíduos. Diante disso, procura-se estabelecer a interface entre as políticas de saúde e segurança no Brasil que resultaram no aparecimento de instituições para o tratamento de loucos infratores.

Apresentam-se as diferentes fases históricas discursivas do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha diante da emergência do louco criminoso, da ditadura militar de 1964 e da luta antimanicomial. A noção de indivíduo perigoso modifica-se em cada momento sócio-político e o estigma de periculosidade incide e se expande sobre os excluídos: grupo composto por subversivos, marginais, desclassificados, alienados e os considerados perturbadores da ordem social e política vigente. Ou seja, os que não suportam a normalidade com base no produtivo e no dócil. A base do conceito de periculosidade está na noção de potencial nocivo – o pressuposto da ameaça do acontecimento – que, por sua vez, sedimenta no imaginário social a necessidade de que as tendências criminosas devem ser contidas na sua virtualidade, ou seja, antes que se efetivem.

Dedico-me, ainda, neste capítulo, a uma breve análise de duas formas de resistências contra os dispositivos disciplinares que operam nessa instituição: a confecção de um jornal e uma tentativa de fuga dos internos. Cabe ressaltar a importância desta última, visto ter ocorrido em plena fase de democratização do país e no auge na luta antimanicomial e ter sido contida com um exercício exacerbado de repressão estatal. Todavia, esse fato marcou o

início de inúmeras tentativas de mudança na instituição, incluindo a sua transferência da área da saúde para a justiça.

O terceiro capítulo discute a necessidade de adaptação do Manicômio Judiciário às diretrizes do Sistema Único de Saúde, bem como do tratamento dos doentes mentais infratores pelas redes de serviços extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais-Dias e Lares Abrigados. Procurou-se apresentar o impasse em que a medida de segurança, imputada aos internos do Manicômio Judiciário, representa face a tais transformações, já que os pacientes são regidos por uma legislação penal distante da nova política pública de saúde mental, implementada no Brasil desde de 2001.

Por fim, discute-se a necessidade de um exame crítico dos conceitos de medida de segurança, imputabilidade e periculosidade, por parte de atores da saúde e justiça.

# 1. A Ordenação do Caos e a Homogeneização da Heterogeneidade

---

Foi junto com as outras pragas da vida humana que as ciências se introduziram no mundo; elas devem sua origem aos que inventaram todos os crimes e desordem, isto é, aos demônios, gênios infelizes que tiram seu nome dessas ciências funestas (ROTTERDAM, 2003: 49).

Não se pode discutir as instituições disciplinares que cuidam da manutenção da ordem social sem entender o que leva a sociedade a criar esses aparatos e a impor normas sociais. Neste capítulo pretende-se discutir os conceitos de normalidade/anormalidade, moralidade, crime, bem como dispositivos disciplinares que têm por objetivo a ordenação do caos social.

## O Inumano Diante do Normal

Há dissonâncias a respeito do significado da loucura, tanto em relação a suas causas como no que se refere a seus diferentes tratamentos. É certo, contudo, que independentemente das distintas representações da loucura, desde o nascimento da psiquiatria, ela é vista como uma anormalidade. Classifica-se o indivíduo louco entre os perigosos, os criminosos, os contestadores, os anarquistas, os indisciplinados, que não se deixam enquadrar. O anormal é, sem dúvida, aquele que não se encaixa nos padrões pré-concebidos pela sociedade.

Segundo Canguilhem (2006: 85), a palavra *norma* tem origem em *normalis* e quer dizer “aquilo que não se inclina nem para direita nem para a esquerda”, isto é, que se mantém no meio termo, firme e ereto. A *norma* é, portanto, aquilo que serve para retificar, pôr de pé, endireitar; *normalizar* é impor uma exigência àquilo que possui um caráter irregular. É sempre em relação a uma ordem de “normalidade, racionalidade ou saúde” que a loucura é concebida nos quadros de “anormalidade, irracionalidade ou doença” (Ibid., p. 85).

Na reunião das mais diversas normas de convivência humana, os acontecimentos que desestruturam a sustentação do organismo social tornam-se passíveis das mais diversas formas de interpretação. Cabe ressaltar que, aqui, neste momento, e diante disso, pretende-se desenvolver uma visão que possa quebrar as barreiras da dicotomia de *normal* e *anormal* ou, de acordo com a visão de Canguilhem, de “*normal e patológico*”.

A sociedade cria formas fixas de comportamento, estabelece regras de convivência e marca fronteiras sobre o corpo social; ou seja, cada sociedade cria seu regime, sua política, seus discursos de verdade mediante técnicas de procedimento para fixá-las no corpo de cada indivíduo através do jogo de poder. A história recente ilustra uma sociedade disciplinadora e punitiva na qual a vigilância, o controle e as medidas preventivas se mesclam com as penas estabelecidas pela legislação, como forma de dominação. O indivíduo social vive em um estado de prevenção e desconfiança do *estranho*, tornando invisível tudo o que o desagrada e incomoda, na medida em que implanta uma separação entre os mundos do “*eu (nós)*” e o dos “*outros*”.

Em *A Genealogia da Moral*, Nietzsche evidencia a cultura do castigo, ao comparar a relação entre a comunidade e seus membros com a de um credor e seus devedores. O violador de um compromisso provoca danos à parte prejudicada, que irá cobrar pelo prejuízo, impondo-lhe um castigo. O valor embutido na sociedade é a segurança que ela representa a seus membros: é a certeza de que o indivíduo que abalar sua estrutura será castigado.

Na prisão, o poder é puro e justificado; não precisando de máscara. O castigo é o poder exercido no corpo e na alma do condenado, sendo legitimado pelo poder jurídico em relação ao dano causado à sociedade. É uma vingança legítima do organismo social perante a transgressão de suas normas, juntamente com a exclusão do transgressor para o (re) estabelecimento de sua ordem, a representação da dominação e a vitória do bem sobre o mal.

A cultura da prática do castigo, como forma de restabelecer a ordem social, pode ser encontrada em muitas sociedades. As diferenças, entre elas, evidenciam apenas as formas

de imposição da pena: a expulsão, a pena de morte, o trabalho forçado, o confinamento ou o disciplinamento do comportamento na busca da normalização.

Segundo Canguilhem (2006: 202), “*uma norma se propõe como um modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença*”. Para que isso seja possível, não basta a simples imposição: há necessidade de que esta seja escolhida como expressão da vontade de uma comunidade, para substituir um dado estado insatisfatório por outro satisfatório. O estado inaceitável, diferente do que é aceito, deve ser normalizado, pois “*o oposto do preferível (...) não é o indiferente, e sim aquilo que é repelente ou, mais exatamente, repelido, detestável*” (Ibid., p. 202). O diferente deve ser corrigido, para que os olhos dos normais não sejam ofuscados pelo horror lhes que causa a existência do anormal.

O anormal, enquanto a-normal, é posterior à definição do normal, é a negação lógica deste. No entanto, é a anterioridade histórica do futuro anormal que provoca uma intenção normativa. O normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato (Ibid., p. 205).

Constata-se que em uma organização social como a nossa, as regras de ajustamento dos comportamentos objetivam o fim da heterogeneidade das condutas dos indivíduos que a compõem. Há regras que são imanentes – presentes sem serem representadas, mas não menos importantes – e outras que compõem os códigos de legislação: ambas, em conjunto, compõem as normas do organismo social.

A ordem social é, assim, composta por um conjunto de regras com as quais seus integrantes devem se preocupar, pois “*a ordem vital é constituída por um conjunto de regras vividas sem problemas*” (Ibid., p. 212). Nessa perspectiva, a ordem deve ser perseguida, estabelecida e mantida, pois a existência humana se digladia na dicotomia entre o bem e o mal, o normal e o anormal, o caos e a ordem. Para evitar o conflito, busca-se anular o que for considerado negativo, retirando-o da possível passagem dos olhos, tornando-o invisível. Sua exclusão conduz à criação de instituições capazes de reeducar, ou mesmo exterminar, sua presença no mundo ordenado, confirmando-o.

Aquele que possui atitudes desregradas distancia-se do ideal de integrante da sociedade e, conseqüentemente do Estado. Já em 1844, Stirner definiu a sociedade e o Estado como uma

verdadeira comunidade humana, uma comunidade na qual qualquer um pode ser aceito, desde que seja realmente homem, e não um monstro inumano. Por mais longe que vá a tolerância de um Estado, o seu limite é o do monstro não humano, de tudo o que é inumano. E afinal esse monstro inumano é um homem, e o inumano qualquer coisa de humano, só possível a um homem, mas não a um animal, uma possibilidade humana. Mas, embora todo o monstro inumano seja um homem, o Estado rejeita-o, ou seja prende-o, ou transforma-o de concidadão em companheiro de prisão (STIRNER, 1884/2004: 142).

Os indivíduos que não se encaixam ou não querem deixar-se adequar aos padrões determinados pela sociedade devem ser excluídos, expulsos e isolados, pois são considerados anormais. A insegurança diante da eminente propagação de vícios e imoralidades do indivíduo desregrado justifica a eliminação deste do convívio social, para que não contamine outros com sua inumanidade.

Não é difícil dizer, em poucas palavras, o que seja um monstro inumano: é um homem que não corresponde ao conceito de homem, tal como o inumano é aquela forma de humano que não se adequa ao conceito do humano. A lógica chama isto um Juízo contraditório. Seria possível formular um tal juízo – que alguém pode ser homem sem ser homem – se não se admitisse a hipótese de que o conceito do homem pode ser separado da sua existência, ou a essência distinta do fenômeno? Diz-se: tem a aparência de um homem, mas não é um homem (Ibid., p. 142).

## **A Construção da Loucura como Doença Mental**

A construção social da concepção de loucura como doença mental assemelha-se à de outros males na história da humanidade. Na Idade Média, por exemplo, a lepra, segundo Foucault (1999a), era vista como uma manifestação de Deus, uma marca de sua cólera. A prática da segregação dos indivíduos contaminados não tinha como objetivo suprimir a doença, mas apenas distanciar-se dela: os leprosos eram banidos das cidades e trancafiados em leprosários, que não paravam de se multiplicar.

Com o fim das cruzadas, a incidência da lepra diminuiu, mas os preconceitos ligados aos leprosos permaneceram. Mais adiante, outros personagens, tais como o “*pobre*,

*vagabundos, presidiários e cabeças alienadas (...) assumirão o papel de abandono pelo lazareto*” (FOUCAULT, 1999a: 6) e tomarão o seu lugar.

Dessa forma, no final do século XV, a loucura emerge e impregna a paisagem da Europa. Segundo Foucault (1999a: 45), *“a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de liberar, cuja violência (sic) porém já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”*. Entre os diversos costumes do Renascimento encontra-se o de confinar os loucos em navios e levá-los a outras cidades, assegurando sua ida para longe, sendo prisioneiros de sua própria partida e trânsito.

No decorrer do século XVII, a loucura passa a ser retida nos Hospitais Gerais, após a criação, em 1656, dessas instituições, destinadas a conter todos os tipos indesejáveis, fossem portadores, ou não, de doenças mentais.

Em seu funcionamento, ou em seus propósitos, o Hospital geral não se assemelha a nenhuma idéia médica. É uma instância da ordem monárquica e burguesa que se organiza na França nessa época. Está diretamente ligado ao poder real que o colocou sob a autoridade única do governo civil (FOUCAULT, 1999a: 46).

A partir de 1676, na França, cada cidade passa a ter seu próprio Hospital Geral. Muitas dessas casas são antigos leprosários reativados pelo clero ou por mandato do rei. Ao contrário do mundo medieval, em que a miséria é santificada, na Renascença, pelos movimentos da Reforma, tanto pobres quanto ricos testemunham a vontade de Deus. O pobre, contudo, atesta a maldição divina, o que significa não ser mais possível socorrê-lo pela caridade. A miséria, agora, precisa ser combatida, por ser um obstáculo à ordem. A prática de internamento nasce como uma medida de contenção dos pobres e desordeiros. Prostitutas, mendigos, crianças abandonadas, pervertidos e delinquentes eram os internos dos hospitais gerais europeus, os quais se constituem, na verdade, como grandes albergues, sem oferta de tratamento médico nem as características dos hospitais de hoje.

Com efeito, para o pensamento moderno de produtividade do século XVII, a preguiça ocupou o primeiro posto na hierarquia dos vícios passando a ser considerada um pecado mortal para o progresso da sociedade. O trabalho apresentava-se, portanto, moralmente obrigatório. Nos períodos de crise econômica, a mendicância aumentava e para controlar a

tensão social, prendiam-se os ociosos, tidos como fonte de desordem. Criou-se, pois, o Hospital Geral, cujos internos eram todos os que, em relação à ordem dominante da razão, da moral e da sociedade burguesa, mostrassem indícios de inadequação. Foucault denominou esse processo de *O Grande Confinamento*, pois

o internamento adquire um novo sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que forem presos, fazendo-os servir com isso à prosperidade de todos (FOUCAULT, 1999a: 67).

Quando não atravessavam um período de crise, as casas de internação ofereciam mão-de-obra muito barata: os internos fiavam, teciam, costuravam, fabricavam objetos que eram lançados ao mercado a preços baixos. Do ponto de vista econômico, porém, os lucros desses trabalhos eram baixos em comparação às despesas gastas. Assim, a relação entre a prática da internação e o imperativo do trabalho não eram definidas apenas pelas condições econômicas: havia também uma percepção moral que sustentava e movia essas relações. O louco, também visto como improdutivo economicamente, era considerado um indivíduo inumano. Diante disso, a sociedade se envergonha e a honra familiar precisa ser preservada, internando-os em tais hospitais gerais.

De acordo com Foucault, o trabalho forçado no interior dos hospitais gerais tinha por objetivo mais a repressão do que a produção, visto que a internação buscava administrar a moralidade e educar o ócio. A imposição da disciplina tornava os internos “*submissos e exercitados, corpos dóceis*” (FOUCAULT, 1999a: 119). É dessa forma que o poder disciplinar afirma sua função de adestrar e, na eficácia, se reafirma com base no olhar hierárquico e na sanção normatizadora.

Os conventos, os hospitais, os exércitos, as indústrias e as escolas são exemplos de outros processos disciplinares. São todas instituições em que aparece o espaço útil para o adestramento, no qual o indivíduo é vigiado, tendo suas vontades, corpo, intelecto, padrões de comportamento, horários, entre outros, moldados, segundo a forma disciplinar conveniente. O Panóptico de Bentham é a figura arquitetônica emblemática dessa composição. Seu efeito mais importante é



induzir no preso um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático do poder (...) O Panóptico é uma máquina de dissociar o ver-se visto: no anel periférico, se totalmente visto, sem nunca ver; na torre central, vê-se tudo, sem nunca ser visto (Ibid., p. 167).

O Panóptico é uma máquina para modificar o comportamento dos indivíduos, ou seja, para educar, utilizando experiências pedagógicas por meio da reclusão. Ele é a referência que melhor traduz a vigilância para a utilidade e a docilidade. Por ele se pode captar como se testam técnicas para estabelecer o melhor resultado, os aprimoramentos e os treinos. O Panóptico é um especial laboratório do poder, que nos leva a compreender como os mecanismos da observação atingem a modelagem do comportamento esperado, tornando-o disciplinado:

serve para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários, fazer trabalhar os mendigos e ociosos (Ibid., p. 170).

É a substituição do poder de punir por um poder disciplinar de vigilância, para retaliar a liberdade. A mesma metodologia de controle passa a ser, também, utilizada para os indivíduos considerados loucos. Segundo Garcia (1995), acompanhando Foucault, os asilos insistiam em tratar os pacientes como crianças, pois um louco poderia se recuperar, tal como uma criança pode aprender a pensar de “maneira correta”.

Foi na segunda metade do século XVIII, que os internos dos Hospitais Gerais – prostitutas, mendigos e vadios – passaram a protestar violentamente contra o fato de serem confundidos com loucos. Ao mesmo tempo, crises econômicas chegaram a abalar a própria prática da internação, pois esta acabava se revelando uma medida incapaz de agir sobre os preços do mercado e equacionar o desemprego. Do ponto de vista econômico, sua eficácia foi, então, posta em questão, definitivamente.

Ainda nessa época, a concepção da loucura estava ligada a certas críticas dos tempos modernos e era vista como doença mental, situada em um contexto histórico social. O desenvolvimento econômico, a frouxidão da religião e as instituições de uma nova civilização ampliaram os limites do pensamento, dos desejos e da sensibilidade. À medida que o meio constituído ao redor do homem torna-se mais complexo, as possibilidades de

identificar a loucura aumentam; é uma contrapartida necessária ao progresso. A loucura é a natureza perdida: a animalidade que representava a erupção da loucura, agora representa a felicidade natural reprimida pela civilização. Segundo Foucault, a artificialidade da cultura é a responsável pelo aparecimento da loucura. Será neste século, XVIII, que se desenvolverá uma medicina clínica baseada no exame, no diagnóstico e na terapêutica individual como uma política de saúde. A nosopolítica, portanto, emerge com a preocupação de manter a ordem social, fortemente ligada ao problema da saúde pública.

Somente após a segunda metade do século XVIII, acontece o isolamento dos doentes mentais nos asilos especialmente destinados aos loucos. Nesse momento, o espaço social no qual se situa a doença vê-se, assim, renovado. É o efeito de um movimento, que lutou pela criação de hospitais psiquiátricos e que ficou conhecido como movimento alienista. Propunha um tratamento moral, no qual o doente mental, portador de uma localizada desordem interna, seria recolhido a um asilo. Este deveria apresentar características na sua constituição física (organização e modo de funcionamento) que possibilitassem restabelecer o equilíbrio dos doentes mentais. Tal como a desordem não existe sem a ordem, o hospital psiquiátrico e a psiquiatria não existiam um sem o outro.

Os médicos alegavam que os doentes deveriam ser confinados, pois recebendo um tratamento adequado, suas faculdades intelectuais seriam restauradas e seu comportamento retificado. Uma vez atingido esse ideal, poderiam ser devolvidos à sociedade civil. Nota-se que a teoria do confinamento se apóia na percepção da divisão entre a razão e o delírio.

Uma lei de 1790, na França, previa a criação de grandes hospitais destinados aos “insensatos”. Desde as primeiras tentativas para aplicar a lei, tinham sido enviados para Bicêtre (antigo leprosário) loucos que haviam sido libertados das casas de força. Bicêtre viu-se transformada em herdeira dessa função médica que atravessou a era clássica. Em 1793, foi nomeado para chefiar sua enfermaria Dr. Pinel, médico de reputação inquestionável. Segundo Foucault (1999a: 465-466), talvez ele tenha sido escolhido

justamente para desmascarar a loucura, para avaliar suas dimensões médicas exatas, libertar as vítimas e denunciar os suspeitos, fundar enfim, com todo rigor, esse internamento da loucura cuja necessidade é reconhecida, mas cujos perigos são pressentidos

É de outra natureza, o acontecimento que na Inglaterra mudou a história da loucura. Ao contrário da França, na Inglaterra, o confinamento não ocorreu pela ação do Estado. O setor que mais cresceu, antes do século XIX, foram os hospitais particulares. Por serem afastados, os manicômios particulares eram frequentemente acusados de práticas obscuras e de confinamento injusto. Assim, em 1774, foram criadas medidas legais para proteger os internos.

Nos Estados Unidos, em 1791, foi aprovado o projeto dos Quacres, de Samuel Tuke, que propunha uma casa privada, mas coletiva, destinada aos insensatos. Em 1795, começa a construção do retiro, que é inaugurado no ano seguinte.

O empreendimento de Tuke inscreve-se exatamente na grande reorganização legal da assistência do final do século XVIII, nessa série de medidas com as quais o estado burguês inventa, para suas próprias necessidades, a beneficência privada (Ibid., p. 463).

Em resumo, a obra de Tuke foi influenciada por um reajuste da assistência da legislação inglesa no final do mesmo século; e a obra de Pinel, por toda a ambigüidade da situação dos loucos.

O Retiro de Tuke agia como um instrumento de segregação moral e religiosa, procurando construir ao redor do louco um meio semelhante à comunidade Quacres, pois assim colocava-se o alienado no interior do elemento moral, onde o paciente se via em um debate com ele mesmo. Tuke criou um asilo onde o terror livre da loucura é substituído pela angústia fechada. Na referida instituição, a loucura representa a infância. Tudo é organizado, no retiro, de forma a que os doentes sejam diminuídos em detrimento da autoridade. O estado de inferioridade passa a ser um estilo de existência para os alienados. Como afirma Foucault (1968), havia um controle social e moral ininterrupto; a cura significaria humildade, culpa e reconhecimento, que são a armadura moral da vida familiar. Para atingir o ideal, utilizavam-se meios como ameaças, castigos, humilhações e privações alimentares.

Para Pinel, não devia haver segregação religiosa. Em sua concepção, a religião não devia ser substrato moral, mas puro objeto médico. O asilo afigurava-se como continuidade da

moral social. Valores da família e do trabalho imperavam ali. A instituição extingiria os vícios e reduziria as irregularidades, denunciando o celibato, a devassidão e a preguiça. O asilo transformou-se em uma instância de julgamento, onde o louco era vigiado, rebaixado e contrariado. De acordo com Foucault, o médico estava encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. Técnicas como duchas geladas e máquinas rotatórias, onde se colocava o doente e girava, a fim de forçá-lo a confessar que suas crenças eram apenas delírios, foram utilizadas no século XVIII e aperfeiçoadas no século XIX.

O asilo de Pinel (...) é um lugar de sínteses morais onde se apagam as alienações que nascem nos limites exteriores da sociedade (...) (FOUCAULT, 1999a: 489).

Segundo as teorias alienistas, os loucos haviam caído nas armadilhas de mundos fantasiosos, que eram desenvolvidos a partir de imaginações desenfreadas. Assim, deviam ser tratados como crianças, com uma disciplina rígida a fim de modificar o pensar e o agir do doente, moldando-os conforme as exigências da sociedade burguesa da época.

O período entre 1800 e 1830, segundo Foucault (2006), é o momento em que a psiquiatria se firma como especialidade do domínio médico. A medicina clínica, naquele momento, constituía modelos epistemológicos de verdades médicas, a partir da observação, juntando-se à fisiologia e à biologia. Há um grande desenvolvimento das nosografias, etiologias das doenças mentais e pesquisas anatomopatológicas sobre as correlações orgânicas possíveis da doença mental, juntamente com a afirmação de que o indivíduo louco necessita de uma direção.

A gênese do saber psiquiátrico é marcada por uma heterogeneidade, pois por mais que se funde no interior de um sistema singular – o asilo – e como um saber único, ela sempre estará vinculada à medicina. Deve-se levar em conta, portanto, que toda a encenação da terapêutica e a organização do espaço asilar só são aceitas e institucionalizadas porque recebem um estatuto científico e empregam trabalhadores com qualificação médica. Essa movimentação e correspondente constituição do saber psiquiátrico explicitam que seu dispositivo de poder foi a força produtora de práticas discursivas da medicina.

É a partir do século XIX que o saber psiquiátrico atingiu as dimensões que Foucault denominou institucionalização da psiquiatria, edificando mais uma instituição disciplinar.

Em suas palavras:

Com isso entendo nada mais que uma forma de certo modo terminal, capilar, do poder, uma última intermediação, certa modalidade pela qual o poder político, os poderes em geral, vêm, no último nível, tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta os gestos, os comportamentos, os hábitos, as palavras, a maneira como todos esses poderes conceituais, trabalham, modificam, dirigem o que Servam chamou de fibras moles dos cérebros (FOUCAULT, 2006: 50).

A psiquiatria clássica reinou entre os anos 1850 e 1930 com um discurso que fazia funcionar como verdadeiro a necessidade de instituições asilares e a necessidade de um poder médico no interior dessa instituição como uma lei eficaz e incontestável.

É a partir do funcionamento desse poder disciplinar que se deve compreender o mecanismo da psiquiatria como meio de subjugar o corpo e a alma do indivíduo louco. Compreende-se, contudo, que o poder não é prerrogativa do médico, mas sim da instituição disciplinar psiquiátrica, e funciona como estratégia de poder. O poder não se encontra situado estaticamente em um único lugar, pois ele é capilar, encontra-se em todos os espaços e estabelece relações intra e extra-asilar. Como característica, o poder disciplinar tem uma dupla propriedade: a de ser anômizante, isto é, de sempre deixar de lado certo número de indivíduos; e a de ser irredutível, ou seja, ser normalizador, estabelecer regras e normas gerais. Em suma, o eterno trabalho da norma na desordem é um dos princípios dos sistemas disciplinares. Funciona como sistema de captura de corpos alienados e improdutivos, que se tornarão saudáveis e produtivos economicamente, através de investimentos adequados.

Este poder disciplinar tem por objetivo fundamental, segundo Foucault (2006), fabricar corpos sujeitados, vinculando a função-sujeito ao corpo. O poder disciplinar é individualizante porque ajusta a função-sujeito à singularidade somática por intermédio de um sistema de vigilância panóptica que projeta um núcleo de singularidades, estabelecendo a norma como princípio da divisão e a normalização como prescrição universal para todos os indivíduos constituídos.

Não se pode dizer que o indivíduo preexiste à função-sujeito, à projeção de uma psiquê, à instância normalizadora. Ao contrário, é na medida em que a singularidade somática se tornou, pelos mecanismos disciplinares, portadora da função-sujeito que o indivíduo apareceu no interior do sistema político. É na medida em que a vigilância ininterrupta, a escrita contínua, a punição virtual enquadraram esse corpo assim sujeitado e dele extraíram uma psiquê, é nessa instância normalizadora que se distribui, exclui, retoma sem cessar esse corpo-psiquê que o indivíduo se caracteriza (FOUCAULT, 2006: 70).

O poder psiquiátrico caracterizado como poder disciplinador é uma certa maneira de gerir, de administrar, antes mesmo de ser uma intervenção terapêutica.

Como o poder psiquiátrico é visto como domínio, subjugação, segundo Foucault é o psiquiatra quem “dirige” o funcionamento do hospital. Este direcionamento tem o propósito de dar realidade também a um poder coercitivo. O médico deve tornar as cenas de realidades inevitáveis, impositivas, tornando possível a realidade de poder, ou seja, dar à realidade o suplemento que lhe permita alcançar a loucura, ou um suplemento que permita atingir os indivíduos que fogem ou se desviam da mesma norma: os loucos. A tautologia asilar consiste em fundar e dar poder aos “jogos de realidade”, através da direção médica.

Foucault identificou com precisão a introdução e o funcionamento dos “jogos de realidade” no interior do asilo. Inicialmente, a vontade e a realidade do outro devem se confrontar às do doente e a atenção distraída da vontade de insurreição da loucura dobrar-se-á e subjugar-se-á ao outro, como centro da vontade, como foco de poder. E é este, o outro, que detém e sempre deterá um poder superior ao louco. É o primeiro jogo da realidade ao qual se deve submeter o louco confinado no asilo. Em segundo lugar, a realidade se dará por uma célebre aprendizagem do nome, da identidade, do passado, da biografia recitada na primeira pessoa, que configura a confissão do doente. Segundo Foucault, é esta a segunda realidade imposta ao louco. A terceira realidade é a realidade da doença: trata-se de uma terapia moral de sempre mostrar ao louco que sua loucura é irreal; portanto, ele está doente e deve ser tratado. A quarta e última forma de realidade é a que corresponde às técnicas relativas ao dinheiro, à economia e às necessidades de trabalho, isto é, a obrigação de prover as suas necessidades.

As edificações asilares devem representar as moradias exteriores e para tal, as relações entre os indivíduos internos devem ser parecidas com as relações comuns entre cidadãos. As obrigações gerais do trabalho são concebidas na instituição e o sistema econômico é simulado, arquitetando-se no interior do asilo a duplicação da realidade, conforme institui o próprio sistema.

Esses quatro elementos constituem uma espécie de nervura das realidades, que penetram no asilo e que são, no seu interior, os pontos sobre os quais se articula o regime asilar, a partir dos quais se estabelece a tática de luta da verdade: entre a loucura e a terapia medicamentosa. “*E o poder asilar é de fato o poder que se exerce para fazer valer essas realidades...*” (FOUCAULT, 2006: 221).

O indivíduo curado poderá ser o que aceitar esses quatro jugos – o da dependência, o da confissão, o da inadmissibilidade do desejo e o da inserção da necessidade no sistema econômico. No momento em que tais elementos forem admitidos pelo indivíduo tratado, ele será qualificado como curado pelo médico.

Essa marcação médica é, segundo Foucault (2006), a instauração de um jogo entre o corpo sujeitado do louco e o corpo institucionalizado do psiquiatra, ampliado à dimensão de uma instituição. A partir desse raciocínio, o asilo é concebido como corpo do próprio psiquiatra e a instituição asilar nada mais é do que o conjunto das regulamentações que o psiquiatra efetua em relação ao próprio corpo do louco no interior do asilo: a submissão ao médico, como detentor da verdade, jamais pode ser contestada pelo doente.

É isso que podemos, creio, identificar como um dos traços fundamentais do que eu chamaria de microfísica do poder asilar: esse jogo entre o corpo do louco e o corpo do psiquiatra que está acima dele, que o domina, que o absorve. É isso, com todos os efeitos que são próprios de um jogo assim, que me parece caracterizar a microfísica do poder psiquiátrico (FOUCAULT, 2006: 239).

No decorrer do século XIX, o fato de um número cada vez maior de pessoas serem internadas causou a superlotação dos asilos, isto levou a uma pausa para a reflexão. A experiência da internação mostrava que os doentes mentais não se recuperavam com tanta

rapidez como se previra e que a maioria não obtinha melhora alguma, mas sim se cronificavam. Os manicômios tornaram-se depósitos de seres inutilizados e incuráveis.

Os psiquiatras do século XIX reformularam suas idéias sobre a localização dos asilos, sua decoração e seu padrão interior. Nas instituições públicas, calabouços, portões de ferro, muros altos e grades foram disfarçados. Era preciso achar um equilíbrio entre conforto e cuidado com os pacientes. Os asilos não deveriam mais se assemelhar às prisões, devendo transparecer beleza, ordem e se aproximarem da natureza. De acordo com essa concepção, contemplando paisagens os doentes mentais retornariam à normalidade.

O século XX emerge como o século da psicanálise e das práticas terapêuticas como a lobotomia, o eletro-choque e as drogas psicofarmacológicas, afirmando a psiquiatria como uma ciência positiva. É na década de 1960, porém, que esse panorama desumano começa se modificar, com o aparecimento dos primeiros movimentos contestadores da psiquiatria tradicional, dentre os quais sobressaem algumas personalidades: Laing, Cooper e Basaglia.

*“O louco doravante está livre e excluído da liberdade”* (FOUCAULT, 1999a: 508). Essa liberdade contraditória perseguirá o louco até os dias de hoje, portador de uma doença que não decorre da natureza, mas da cultura e de sua história. No que diz respeito à Psiquiatria, essa história permite demonstrar que as práticas de internação clássica (século XVII e XVIII) se prolongam nas práticas de hospitalização contemporâneas (século XIX e XX), ou seja, esse ramo da medicina científica do século XIX renunciou às práticas e deixou de lado as relações que a cultura clássica no seu conjunto havia instaurado com a desrazão.

Após quase 200 anos do surgimento dos hospitais psiquiátricos, há uma concordância entre seus estudiosos sobre a sua ineficácia enquanto instrumento de cura das doenças mentais (LANCMAN, 1988: 90).

Constata-se que a maioria dos internos não retorna à sociedade, terminando por se cronificar e por viver definitivamente nos hospitais psiquiátricos. Essa noção de loucura como doença mental, doença no sentido de algo que necessita de tratamento, é criação da sociedade moderna, da sociedade racional em busca de progresso, da ordem e da utilidade humana.



## **Privação de Liberdade: a Prisão como Centro do Sistema Penal**

Na época clássica o direito penal esteve ligado ao poder do soberano e esse sistema servia como instrumento essencial para justificá-lo. É nesse sentido que é soberana a figura central do sistema jurídico, cujo poder é legitimado pelo seu entorno. O atributo fundamental desse poder é representado pelo direito de deixar morrer ou viver de forma a proteger a integridade da soberania (FOUCAULT, 1999b).

O julgamento do infrator no sistema penal clássico de quase toda a Europa – com exceção da Inglaterra –, desenvolveu-se sem a presença e o conhecimento do acusado, até o momento do veredicto final.

O processo se desenrola sem ele – o acusado –, ou pelo menos sem que ele pudesse conhecer a acusação, as imputações, os depoimentos, as provas. Na ordem da justiça, o saber era privilégio absoluto das acusações (FOUCAULT, 1999b: 32).

Era, nesse sentido, impossível ao acusado ter acesso às provas, saber quem realizou a denúncia e ter acesso a um advogado de defesa. No entanto, a acusação podia receber denúncias anônimas, esconder do acusado a natureza de sua acusação e usar insinuações em seu interrogatório. Mesmo a confissão por meio da tortura era considerada prova pela magistratura. “*Diante da justiça do soberano, todas as vozes devem-se calar*” (Ibid., p. 33).

É no suplício, segundo Foucault (1999b), que o direito de vida e de morte do soberano é representado. É através dele que se procura reconstruir o corpo lesado pelo soberano, pois na sociedade de soberania, a infração lesa e afronta o poder do rei. O poder de punir do rei afigura-se como resposta a todos que não obedecem à sua autoridade.

No século XVIII desenvolveram-se protestos contra o suplício. Dentre os contestadores encontravam-se filósofos, teóricos do direito, juristas e parlamentares que levantaram a discussão sobre a economia do castigo, lembrando que a pena deveria ter a humanidade do infrator como medida para lhe ser imposta.

É preciso punir de outro modo: eliminar essa confrontação física entre soberano e condenado; esse conflito frontal entre a vingança do príncipe e

a cólera contida do povo, por intermédio do supliciado e do carrasco. O suplício tornou-se rapidamente intolerável (Ibid., p. 63).

Na justiça penal apresentou-se, então, uma moderação na aplicação das penas através da formulação de inúmeros projetos com relação ao crime e ao criminoso. Foi nessa época que se desenvolveu a relação entre a punição e a requalificação do comportamento por meio de técnicas de disciplinarização do indivíduo. Era um período de severas críticas à justiça soberana e ao uso do poder de punir do rei. Concomitantemente, no campo das idéias, repercutiu a teoria contratualista com um teor humanista. O desaparecimento do suplício ocorreu, finalmente, por volta do período compreendido entre 1830 e 1848 (FOUCAULT, 1999b).

Pela teoria do contrato social, o indivíduo se subjeta às leis impostas pela sociedade, inclusive aceitando ser castigado por elas, caso viole o pacto e se torne inimigo social, uma vez que “*o menor crime ataca a sociedade*” (Ibid., p. 68). A sociedade inteira, então, deve procurar conter o mal ocasionado por infrações cometidas. Ela, legalmente, tem o direito de punir o infrator em defesa do contrato que garante a manutenção da ordem social. Com isso, o infrator passa a ser visto como um traidor do pacto e desestabilizador da harmonia social: um perigo para a sociedade.

Cabe, neste momento, realizar uma breve retomada histórica para rememorar a crítica dos reformadores. A fragilidade do poder de punir clássico estava na relação da justiça penal com o poder de punir do soberano, que expressava uma desigualdade na distribuição das penas e um excesso de poder na imputação dos castigos.

Foram as reorganizações do sistema penal e judiciário, segundo Foucault (1999b), que impulsionaram a formação da *sociedade disciplinar* no final do século XVIII e início do século XIX, nos países ocidentais da Europa. Reformas estruturais ocorreram com intensidades diferentes nos países europeus, tendo por base o utilitarismo. Na Inglaterra, por exemplo, formas de justiça permaneceram relativamente inalteradas; entretanto, os conteúdos das leis foram modificados significativamente. Na Inglaterra do século XVIII havia 313 formas de condutas que poderiam levar criminosos à pena de morte. Essa conjuntura foi modificada sem que as instituições judiciárias sofressem profundas

transformações estruturais. Na França, contudo, ocorreram sensíveis modificações nas instituições sem que o conteúdo da lei penal fosse alterado. Estas modificações nas leis penais, segundo Foucault (1999c), podem ser encontradas em teóricos como Beccaria, Bentham, Brissot e Lapeletier, que foram os autores do 1º e do 2º Código Penal francês da época revolucionária no século XVIII.

O princípio fundamental da nova teoria da lei penal consistia em entender o crime dissociado da falta moral e/ou religiosa e acatado como uma ruptura com a lei civil estabelecida pelo poder legislativo no interior de uma sociedade.

Para que haja infração é preciso haver um poder político, uma lei e que essa lei tenha sido efetivamente formulada. Antes da lei existir, não pode haver infração. Segundo esses teóricos, só podem sofrer penalidade as condutas efetivamente definidas como repreensíveis pela lei (FOUCAULT, 1999b: 80).

De acordo com Beccaria (2000), uma lei penal deve simplesmente representar o que é útil socialmente e classificar como repreensível o que é nocivo à sociedade. Seguindo este raciocínio, pode-se concluir que o crime é visto como algo que perturba e danifica a sociedade.

Segundo tais teorias, a melhor forma de punição seria a deportação, o exílio e a exclusão. O raciocínio seria: se o criminoso rompeu o pacto social, a melhor solução deveria ser excluí-lo efetivamente, pois ele não pertence mais ao corpo social. O indivíduo poderia, também, ser punido através da humilhação pública, do trabalho forçado ou pela pena de talião<sup>1</sup>. Essas punições, contudo, não se mantiveram por muito tempo. Segundo Foucault (1989), por volta de 1820, o sistema penal adotado pelas sociedades industriais em vias de desenvolvimento desviou-se rapidamente de tais teorias penais. Esses projetos de justiça foram substituídos por uma pena pouco citada por Beccaria (2000): a prisão, que surge no século XIX, como uma instituição, quase sem justificativa teórica.

A legislação penal a partir do século XIX, de maneira crescentemente acelerada, vai se modificando e passa a não mais controlar os atos cometidos pelos indivíduos, mas sim o

---

<sup>1</sup> “*Mata-se quem matou; tomam-se os bens de quem roubou; quem cometeu uma violação, para alguns dos teóricos do século XVIII, deve sofrer algo semelhante*” (FOUCAULT, 1999b: 83).

que eles poderiam vir a fazer no futuro. A criminologia cria o conceito de periculosidade e, nessa perspectiva, não bastava mais punir os indivíduos criminosos: era necessário controlá-los.

Para a obtenção do regramento do indivíduo, era indispensável uma rede de instituições de vigilância e domínio, asseguradas pela polícia – instituições psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas e pedagógicas. Essa rede teria a função não mais de punir as infrações dos indivíduos, mas de corrigir e direcionar seus possíveis delitos.

De acordo com Foucault (1999b), tais mecanismos de controle tiveram sua gênese na segunda metade do século XVIII, quando se formaram grupos espontâneos de indivíduos oriundos da classe popular e da pequena burguesia, sem nenhuma delegação de poder superior, com a incumbência de manter a normalidade e criar novas formas de assegurar a ordem social. Na Inglaterra, a Sociedade para a Supressão do Vício, tinha por objetivo *“fazer respeitar a circulação dos não livros licenciosos e obscenos, introduzindo ações na justiça contra a má literatura e mandar fechar as casas de jogo e de prostituição”* (FOUCAULT, 1999b: 91). As associações Infantaria Militar e Companhia de Artilharia tinham a função de fazer reinar a ordem política e penal. Ainda segundo Foucault (1999b), a constituição dessas sociedades era uma resposta às necessidades demográficas, ou seja, à urbanização, às migrações dos campos para as cidades e, sem dúvida, às transformações econômicas e industriais.

As associações tinham como objetivo fazer reinar a ordem, como uma forma de escapar ao poder político institucional, pois é o Estado que tinha como instrumento aterrorizante a legislação penal. Para escapar desse poder judiciário institucionalizado pelo Estado, os indivíduos se organizavam em sociedades em busca da manutenção da moral através da proibição da embriaguez, da prostituição e das infrações penais. Tratava-se, assim, de um grupo de autodefesa, um reforço da penalidade autônoma com o intuito de fugir à penalidade estatal.

No final do século XVIII, foram os aristocratas e os bispos que promoveram esses grupos em favor da moral e da luta contra os vícios. Em tal contexto, esse deslocamento transformou a busca pela autodefesa de pequenos grupos em um reforço do poder da

própria autoridade penal. Enquanto no primeiro momento tais associações buscavam fazer reinar uma ordem moral distinta da lei, no segundo tinham o objetivo de obter, do poder político, novas leis que fizessem reinar a moral. Juntamente com o temível instrumento de legislação penal, o poder estatal utilizou esses instrumentos de pressão como forma de controle, ou seja, houve um estreitamento da penalidade como consequência da moralidade. Nesse momento, afirma Foucault (1999b), o controle torna-se um instrumento de poder das classes mais abastadas economicamente sobre as classes menos favorecidas. E é nesse contexto que se deu um deslocamento das associações individuais para um sistema penal estatizado, que ignorava uma moralidade de ordem religiosa ao mesmo tempo em que instaurava um instrumento de controle hierarquizado.

Na França, porém, ocorreu um processo muito diferente, pois era um país de monarquia absolutista, onde reinava um aparelho estatal forte que a Inglaterra do século XVIII não mais possuía, devido à revolução burguesa do século anterior. Esse aparelho de Estado monárquico francês tinha como base um instrumento judiciário clássico e a polícia estava aparelhada de prisões como a Bastilha, hospitais como Bicêtre, além do uso das *lettres-de-cachet*.

A *lettre-de-cachet* consistia em uma ordem do rei que podia obrigar um indivíduo a fazer algo, podia privá-lo de alguma coisa e até prendê-lo. Foucault (1999b) afirma que, ao examinar as *lettres-de-cachet* impostas pelo soberano, observou que em sua maioria eram pedidos enviados por cidadãos comuns – maridos traídos, pais descontentes com os filhos, comunidades religiosas perturbadas por indivíduos, dentre outros. Apresentava-se, assim,

sob seu aspecto de instrumento terrível da arbitrariedade real, investida de uma espécie de contra poder, poder que vinha de baixo para cima e que permitia a grupos, comunidades, famílias ou indivíduos exercer um poder sobre alguém (Ibid., p. 97).

Consistia, portanto, um instrumento que a sociedade utilizava para o controle de sua própria ordem, ou seja, era uma forma de regulamentar a moralidade da sociedade.

A prisão, a partir das práticas judiciárias da *lettre-de-cachet*, tornou-se a grande punição do século XIX. O indivíduo punido era enviado à prisão e nela devia permanecer até segunda ordem real, que confirmasse que o prisioneiro tinha sido “corrigido”.

Esta idéia de aprisionar para corrigir, de conservar a pessoa presa até que se corrija, essa idéia paradoxal, bizarra, sem fundamento ou justificação alguma ao nível do comportamento humano tem origem precisamente nesta prática (Ibid., p. 98).

Esta é a gênese da idéia de uma penalidade que tem por objetivo não mais ser uma resposta a uma infração, mas sim corrigir o comportamento do indivíduo, suas atitudes e disposições, que apresentam perigo à sociedade.

A prática de corrigir pela reclusão não pertence, pois, ao universo da teoria jurídica, nasce paralela à justiça, dos controles sociais e do exercício do poder juntamente com a polícia (FOUCAULT, 1999b). Na Inglaterra, foram os próprios grupos, que com o intuito de escapar ao direito penal, se imbuíram de instrumentos de controle com a finalidade de confiscar o poder central. No século XVIII, com a expansão do capitalismo, apareceu uma forma de riqueza que não era mais puramente monetária, era uma riqueza investida em matérias-primas, máquinas e instrumentos. Juntamente com as transformações econômicas, cresceram os roubos aos navios, armazéns e depredações das propriedades. Em consequência, aumentou o medo de “vagabundos”, trabalhadores agrícolas e camponeses. E foi justamente nesse momento, que surgiu a preocupação em instaurar mecanismos de controle social e, paralelamente, a proteção dessa nova forma de fortuna. Foi devido a essa nova distribuição espacial e social da riqueza industrial que se tornaram tão necessárias novas formas de controle no final do século XVIII e a correção por reclusão no século XIX. “A polícia de Londres nasce da necessidade de proteger as docas, entrepostos, armazéns, estoques etc.” (Ibid., p. 101).

Paralelamente ao controle policial, as classes populares passaram por uma forte moralização com base na classe dominante. Foucault (1999b) deixa claro em *Vigiar e Punir*, que foi necessário constituir o povo como um sujeito moral, separando-o dos delinquentes, sendo estes mostrados como perigosos e carregados de vícios. É nesse momento que surge a importância dos romances policiais e das reportagens jornalísticas, enfatizando as horríveis narrativas criminais. É uma forma de educar o povo e separá-lo de segmentos criminosos, atraindo-o para o combate contra as infrações. O uso da repressão pela força policial justificava-se pela necessidade de controlar elementos perigosos.

O século XIX redimensionou a ameaça de castigo e suplício por troca de saberes disciplinares e prevenção do crime. Além do cumprimento da pena, a prisão se transformava em um lugar onde os indivíduos eram observados. Tal observação permitia que, de seus corpos, se extraíssem saberes a seu respeito, de modo a formar o conhecimento clínico sobre os criminosos.

Foucault ressalta que o poder disciplinar e a origem das ciências humanas modernas estão conectados, pois a nova forma de dominação necessitava do conhecimento profundo do comportamento da população e do indivíduo, a fim de detectar formas comportamentais desejáveis na sociedade, bem como seus desvios. O poder disciplinar é, pois, composto por dois eixos: a disciplinarização das instituições e do campo social e a formação de saberes.

Com efeito, o poder disciplinar fez emergir não apenas o discurso da lei e da criminologia, mas também as vozes da normalização dos indivíduos, quer dizer, da uniformização dos comportamentos através dos estudos das patologias comportamentais e do nascimento da biopolítica. Sobre o campo social criaram-se fronteiras entre as pessoas distribuídas espacialmente, que foram observadas e classificadas. Cada sociedade criou seu discurso de verdade, sua política, seu modo de conceber as normas sociais, suas leis, suas patologias, seus desvios e suas formas de punição. Todos com a mesma finalidade: normalizar o comportamento do indivíduo humano.

É a partir dessa prática que aparece a técnica disciplinar baseada no modelo da medicina, ou seja, a medicalização do crime. Tendo em vista tal objetivo, era necessária a classificação, a categorização das doenças e a imposição de horários para a construção de um tempo útil do doente criminoso. A prisão, assim como o hospital, passa a ser o local de formação de um saber sobre os corpos. Ele será elaborado através da observação sistemática, da acumulação de dados, da organização de campos comparativos para se estabelecer discernimentos, para decidir quem é inocente – por ser portador de uma doença mental – e quem é criminoso. Isto é, quem deve ser tratado e quem deve ser punido.

A prisão e as instituições disciplinares, tais como os Manicômios Judiciários, têm como pressuposto, a correção e a moralização dos indivíduos detentos. O aparelho carcerário recorreu, através das reformas judiciárias, a três esquemas. O primeiro foi o político-moral

em que através do isolamento deveria refletir sobre seus delitos: era a busca da punição pela alma. O segundo tinha como pressuposto os fins econômicos e capitalistas através do trabalho forçado. Por último, surgiu o técnico-médico preocupado com a cura e com a normalização do indivíduo doente. “*Primeiro a cela, depois a oficina e por último o modelo hospitalar*” (FOUCAULT, 1999b: 208).

Os reformadores, entretanto, não tardaram a constatar que a prisão era ineficaz e nociva à sociedade, pois ela onerava financeiramente o Estado, multiplicava os vícios dos presos e não possibilitava sua reinserção à sociedade. Ela nunca educou seus prisioneiros, mas se tornou o símbolo do medo e do pavor do cidadão, visto que ao cometer algum delito, ele poderia compor o quadro de internos. No interior de seus muros, ela ergueu uma economia de ilegalidades entre os presos, entre estes e seus guardiões através da corrupção e do agenciamento de trocas, atrelados até mesmo à família dos prisioneiros.

A prisão é o símbolo do direito de punição do Estado. O criminoso que ameaça a ordem estabelecida com seu comportamento anormal é capturado pelo Estado e desterritorializado do convívio social, ou seja, excluído do território comunal e enclausurado em um novo território, com novas regras e normas internas, vigiado eletronicamente. A prisão cria novas vítimas – os ex-internos –, pois torna impossível o retorno do prisioneiro estigmatizado à sociedade.

Em texto escrito há quase um século atrás por Emma Goldman (1910/2005), *Prisão: Falência e Crime Social*, sobressai sua atualidade. A autora descreve o fracasso que representam os presídios nos dias de hoje:

Ano após ano os portões das prisões infernais devolvem ao mundo uma parte naufraga da humanidade, esquelética, deformada, sem vontade própria, com a marca de Caim em suas testas, suas esperanças esmagadas, todas as suas inclinações naturais frustradas. Sem nada, mas com fome e a desumanidade para recebê-los, estas vítimas logo mergulham novamente no crime como a única possibilidade de existência (GOLDMAN, 1910/2005: 67).

O aprisionamento, ao invés de corrigir o criminoso possibilitando seu retorno à sociedade, torna esse objetivo inviável na medida que desencadeia o processo de aculturação do sistema prisional, onde detentos aperfeiçoam técnicas de delinquência com outros



prisioneiros. Além disso, faz com que percam sua capacidade de viver com a diversidade, visto que são privados do convívio social e obrigados a conviver apenas com outros detentos. Simultaneamente, ocorre o processo de estigmatização que o marcará pelo resto de sua vida como um criminoso com participação social indesejada; dificilmente conseguirá um emprego para reestruturar sua vida em sociedade e, possivelmente, voltará a cometer infrações.

## **Política de Saúde Mental e Política de Segurança em São Paulo**

As alterações no conceito de crime são constantes na história da penalidade no Brasil. As estruturas de poder instaladas no país desde o século XVI se organizaram em um arcabouço de leis que mesclaram a condição de criminoso ao sentido de punição (PEDROSO, 2003). Na colônia, o conceito de criminoso estava ligado à quebra contratual com a Igreja ou o Rei. Com relação ao sistema eclesiástico, os crimes eram de homossexualismo, feitiçaria, heresia ou apenas pelo fato de um indivíduo não se considerar cristão, quer dizer, eram crimes contra a moral e os bons costumes. Os crimes contra a realeza, por sua vez, consistiam em insultos, insurreições, traições contra a majestade, casamento misto, lesão à propriedade alheia e adultério. As penas eram de açoitamento, privação de liberdade, pena de morte e confisco de bens.

Em 1808, no Rio de Janeiro, foi criada a Intendência Geral da Polícia da Corte e do Estado do Brasil que originou a polícia civil, à qual foi atribuída a função judicial de estabelecer punições aos infratores e de supervisionar o cumprimento das sentenças. No ano seguinte, foi instituída a Guarda Real de Polícia, subordinada ao Ministério da Guerra, que por seu turno, deu nascimento à polícia militar, cujas funções principais eram de reprimir o contrabando, bem como capturar e aprisionar escravos, desordeiros e criminosos.

No Império, os crimes não mais atacavam o corpo do Rei, mas sim os interesses do Estado. Eram separados em crimes públicos (conspiração, insurreição e infração de escravos), crimes particulares (crimes comuns) e crimes policiais (vadiagem e mendicância). Cinco anos após a Independência, foi criado o instituto de Juizado de Paz, eleito localmente. Tratava-se de um cargo que possuía atribuições judiciais e policiais, podendo nomear

“inspetores de quarteirões”, com o caráter de voluntariado civil e não-remunerado. Passados dois anos, foi aprovado pelo Parlamento o Código Criminal do Império e, em 1832, o Código de Processo Penal. As penas resumiam-se a pena de morte, castigos físicos, prisão, trabalho forçado, reclusão em colônias e asilos.

Por último, durante a República, os crimes foram considerados como ataques à sociedade. Dividiam-se em crimes policiais – delinqüentes inválidos, menores delinqüentes, vadios, mendigos – e crimes contra a segurança nacional – estrangeiros infratores, anarquistas, contraventores e crimes políticos.

Em resumo, o universo punitivo brasileiro, desde os tempos coloniais, passou por diversos significados de crime e formas de punição, articuladas pela justiça eclesiástica e civil, com base nos interesses políticos e sociais da época. Com efeito, as variações do conceito de crime reportam à construção histórica do indivíduo criminoso: religioso, num primeiro instante; social, num segundo momento; sócio-político, num terceiro. Os índios, considerados perigosos e anormais, foram os primeiros habitantes das terras brasileiras a serem considerados perigosos à ordem colonial. Após o governo de Nassau, que estabeleceu a liberdade aos índios tupis e tupinambás, chegou a vez dos negros serem estigmatizados e perseguidos. Entretanto, após a abolição da escravatura e com a chegada dos imigrantes, estes também passaram a ser perseguidos e vigiados pelo aparato policial, por serem considerados indivíduos desestabilizadores da ordem social. Os negros e estrangeiros eram considerados grupos de risco, passando por perseguições das autoridades policiais. No início do século XX, de fato, mais um sujeito se juntará ao grupo de indivíduos perigosos: o militante político, dentre eles o anarquista e, a seguir, o comunista.

*“A questão social aparecia, de fato, como um ‘caso de polícia’ pertinente à esfera da desordem urbana e, em muitos casos, não há uma diferenciação muito clara entre anarquistas e desordeiros, grevistas e ‘capoeiras’ por parte do aparelho repressivo”* (CUNHA, 1988: 39). A partir dessa nova configuração do meio urbano, emerge um amplo leque de instituições voltadas para a recuperação do indivíduo criminoso, destacando-se

entre elas as casas correcionais, os albergues para mendicância e os institutos disciplinares.<sup>2</sup>

A genealogia do indivíduo louco ocorreu de forma semelhante à do sujeito criminoso, isto é, sua concepção estava ligada à idéia de ordem e desordem e foi passando por alterações, conforme as modificações dos discursos políticos e sociais, a cada momento histórico.

Pode-se afirmar, no caso do Brasil, que o doente mental pôde desfrutar por um longo período, principalmente na era colonial, de um relativo grau de tolerância social e de certa liberdade. De acordo com Tundis e Costa (1987: 31), “*a impressão mais marcante é de que a doença mental no Brasil parece ter permanecido silenciosa por muito tempo, suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro*”. Porém, por não poderem se adaptar a uma nova ordem social que emergia, os loucos passaram a ser vistos como uma ameaça e tiveram sua liberdade reprimida. Nesse sentido, os asilos aparecem como imperativo político e como exigência da própria população.

Ao final do século XVIII, as cidades ainda pequenas – a capital não contava com mais de cinqüenta mil habitantes – a vida econômica e social da colônia baseava-se, quase totalmente, nas grandes propriedades rurais e no trabalho escravo. Apenas com pequenas indústrias artesanais, que surgiam, as cidades podiam contar com pouca mão de obra livre e autônoma. Essas características da vida econômica e social guiaram a situação do doente mental e do indivíduo delinquente no meio social. O processo de modernização acelerou-se com a chegada da família Real, em 1808, e com a emergência de ideais liberais.

Foi na primeira metade do século XIX, que surgiu uma nova classe social constituída por negros e mulatos, sem trabalho definitivo e sem posses para adquirir uma propriedade para

---

<sup>2</sup> Para se ter uma breve noção do perfil da população encarcerada nas duas décadas do século XX, a população era predominantemente masculina, com menos de 4% de mulheres, com exceção do Distrito Federal, em que a participação de mulheres chegava a 20%. A maioria dos condenados, 44%, tinha entre 25 e 40 anos idades, sendo 14% entre 17 e 21 anos de idade. Em relação à raça, 35% eram brancos, 22% negros e 43% mestiços. Quanto à nacionalidade, 87% dos condenados eram brasileiros e, entre os poucos estrangeiros, destacavam-se os italianos com 5% e os portugueses com 3%. Entre os condenados, 70% eram analfabetos, 28% semi-analfabetos e 2% alfabetizados. Em relação aos crimes cometidos no Distrito Federal no ano de 1907, 249 eram de condenados por vadiagem e capoeiragem, 6 por mendicância e embriaguez, 578 por homicídio, 257 por tentativa de homicídio, 262 por lesões corporais e 56 por “violência carnal”. Já entre 1909 e 1912, 19 foram condenados contra a fé pública, 51 contra a segurança da honra, 564 contra a segurança da pessoa e vida, 189 contra a propriedade pública e privada e 69 contra a pessoa e propriedade (SANTOS & ABREU, s/d. ).

morar ou explorar. Há, também, registro de homens brancos que viviam na indigência, por falta de oportunidade de trabalho. Esta nova classe não trabalhadora e potencialmente perturbadora da ordem social começa a ser vista como obstáculo ao crescimento econômico. Como represália à mendicância, à ociosidade e à explosão migratória, começa a remoção dos indivíduos perturbadores. A Santa Casa de Misericórdia incluiu-os entre seus hóspedes, com um tratamento muito diferenciado, prendendo-os em porões, sem nenhuma assistência médica. Os que realmente apresentavam sinais de doença mental eram reprimidos com violência pelos carcereiros e muitos deles eram levados à morte por maus-tratos físicos, doenças infecciosas e, segundo os registros, por desnutrição (CUNHA, 1988).

Para os criminosos sociais, a polícia surgiu como ameaça direta, visto que sua função era a segurança pública, a proteção da propriedade privada e a manutenção da ordem e dos valores burgueses da sociedade. As leis, que garantiam a manutenção da ordem social, legitimavam a arbitrariedade contra os indivíduos considerados perigosos: nesse contexto, mendigos, vadios, alienados e menores abandonados.

Essa diretriz de ação efetivou-se na prática através do reconhecimento das diferenças entre trabalhadores, proprietários e desclassificados que, diariamente, compartilhavam do mesmo espaço físico: a cidade (PEDROSO, 2003: 81).

O destino dos doentes mentais seguiu paralelamente ao dos marginalizados, construindo, sob esse ponto de vista, um parentesco entre as palavras loucura e crime, ou seja, seus sentidos baseavam-se em reclusão, hospitais, prisões, reeducação por laborterapias e trabalhos forçados. *“Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje”* (TUNDIS & COSTA, 1987: 31).

Os insanos internados nas Santas Casas de Misericórdia, em suas enfermarias ou em asilos sob sua administração, eram subdivididos em categorias como perigosos, criminosos, condenados e alienados comuns. Praticamente não recebiam qualquer tipo de tratamento médico, sendo muitas vezes acorrentados à cama ou em troncos quando se encontravam agitados; as cadeias públicas também funcionavam como espaços de confinamento para os

loucos; enfim, havia quase nada na prática médica que permitisse a formação e a organização de um saber hospitalar.

Segundo Caldeiras (2000: 213), nas últimas décadas do século XIX, a população de São Paulo cresceu 13,96% ao ano. A população que era estimada em 1872 em 31 mil habitantes, saltou para 239 mil em 1900. Com o advento da industrialização da cidade, o fluxo desordenado das ruas abalou a outrora pacata paisagem e gerou um significativo aumento no número de ex-escravos pedintes e moradores de ruas, prostitutas e desempregados, que dividiam o espaço com a elite paulistana.

Na virada do século, erguiam-se novas fábricas e residências na capital paulistana a fim de abrigar os novos contingentes de trabalhadores que chegavam a todo momento. Embora a elite e os trabalhadores dividissem o mesmo espaço nas ruas, as famílias mais abastadas geralmente ocupavam a parte mais alta da cidade, enquanto que operários ocupavam as terras próximas aos rios Tamanduateí e Tietê e às ferrovias (Ibid., p. 214). As moradias mais comuns eram cortiços ou pequenas casas, de cômodos superlotados.

Com o intenso e desordenado crescimento ocorrido em São Paulo, surgiram preocupações com discriminação, controle social, urbanização e higiene da população paulistana.

Questões sobre como abrigar os pobres e como organizar o espaço urbano numa sociedade que se industrializava estavam ligadas ao saneamento. Em conjunto, elas se tornaram o tema central das preocupações da elite e das políticas públicas durante as primeiras décadas do século XX (CALDEIRAS, 2000: 214).

As desordens sociais foram diagnosticadas pela elite em termos de sujeira, doenças contagiosas, amoralidade e crime. Surge, nesse momento, a idéia de higienismo, tendo em vista a prevenção da ordem em sociedade. Foi no ano de 1890, a partir dessa nova preocupação, que o Estado de São Paulo criou o Serviço Sanitário, seguido do Código Sanitário (Ibid., 216). Agentes do Estado logo começaram suas intervenções em cortiços à procura de doentes para manutenção das estatísticas. Tais medidas geraram reações

negativas por parte da população trabalhadora, visto que o serviço sanitário tinha clara associação com o controle social e a biopolítica<sup>3</sup>.

A República, no entanto, ao criar um número crescente de órgãos públicos de política médica e de controles sanitários, confere maior autoridade à medicina, que passa a desempenhar um papel fundamental na configuração da cidade e na disciplinarização da vida urbana (CUNHA, 1988: 37).

Esse novo quadro facilitou, para a população brasileira, a formação de uma racionalidade técnico-científica, que acabou por se constituir um campo fértil para o avanço de conhecimentos em sociologia, psicologia, psiquiatria, criminologia e higienismo, no campo da biopolítica. Foram criados o Instituto Vacinogênico, a Comissão de Vigilância Epidemiológica, o Laboratório Bacteriológico e o Serviço de Desinfecção, O instituto Butantã, o Instituto Pasteur e o Hospício do Juquery. Em São Paulo, “*entre 1892 e 1900, 23% do orçamento estadual – em média – foi consumido pelos gastos diretos com a saúde pública*”(CUNHA, 1988: 37-38).

A transformação hospitalar e da medicina, em geral, ocorreu a partir de três elementos fundamentais: a anulação da desordem hospitalar, a modificação do sistema de poder interno do hospital e a organização de um sistema de registro permanente da instituição (FOUCAULT, 1989). Já no Brasil, essas modificações ocorreram primeiro com a alteração do sistema de poder dentro das instituições, com a saída dos religiosos da direção de hospitais; a seguir vieram os investimentos que proporcionaram a alteração e anulação da desordem hospitalar e a organização de registros permanentes nas instituições.

Até o final do século XIX, aproximadamente, as práticas destinadas aos loucos caracterizavam-se como simples mecanismos de exclusão, sem nenhuma intervenção médica. Porém, foi com uma série de mudanças econômicas, demográficas e sociais –

---

<sup>3</sup> Segundo Foucault, em *Em Defesa da Sociedade*, a biopolítica se preocupa com o controle da vida. É da natalidade, da mortalidade, das epidemias e da biologia que a biopolítica extrai seu saber e define o campo de intervenção do seu poder. Diferentemente do poder soberano, o biopoder faz viver e deixar morrer, pois funciona como uma espécie de poder regulamentador que intervém na vida em detrimento de seu controle perante a morte. A morte, neste sentido, torna-se domínio do privado e do governo. Em decorrência do aparecimento desta nova forma de poder, a utilização de mecanismos como a medicina, a estatística e a vigilância sanitária passam a ter grande importância no século XIX, por pertencerem ao campo de saber biológico, orgânico, social, funcionando como técnica política de intervenção no corpo social.

procedente do fim da escravidão e da diversificação do capitalismo industrial – que, face a tais modificações, na cidade de São Paulo, colocaram-se novos problemas que a filantropia caritativa não mais conseguiu superar.

Na segunda metade do século XIX, aproximadamente, a situação dos internos nos Hospitais das Santas Casas e demais instituições que estavam sob sua administração, passaram, frequentemente, a receber críticas dos médicos, organizados na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Ocorriam debates sobre as péssimas condições em que os internos estavam submetidos nos hospícios. A reivindicação da competência médica para lidar com a loucura ganhou força, especialmente, após a criação da especialidade médica em psiquiatria, pelo decreto nº 8.024 de 12 de Março de 1881, na Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro.

Em 1852, e com apenas sete meses de diferença, havia sido inaugurados os primeiros hospitais destinados exclusivamente aos loucos: no Rio de Janeiro, o Hospital D. Pedro II e, em São Paulo, o Asilo Provisório de Alienados. O primeiro tinha capacidade de internar trezentos e cinquenta pacientes, sendo a sua administração subordinada à Santa Casa de Misericórdia. Sua construção seguia a orientação e os propósitos da escola alienista francesa. O segundo situava-se nas imediações da Praça da República e trazia uma concepção de que o progresso havia chegado à cidade. Mais tarde, surgiram outras construções de instituições em Pernambuco, Bahia e Pará, entre outros. Essas casas de loucos ou hospícios estavam, porém, sob a administração de leigos que tinham como preocupação apenas remover e excluir, deixando em último plano alimentar, tratar, vestir e abrigar.

O Hospício de São Paulo começou a funcionar com apenas seis internos, incluindo criminosos, mas já em 1859 apareceram queixas relacionadas à superlotação. Dos internos, cerca de um terço era constituída por estrangeiros, sendo a maioria italiana. Havia também um contingente significativo de negros, muitas vezes forros, e o número de homens atingia, em média, o dobro do de mulheres (CUNHA, 1988). Sabe-se ter ali ocorrido muitas rebeliões; a primeira eclodiu com menos de um ano de funcionamento do asilo, causando incômodo aos seus vizinhos, que reclamavam por medo. Em 1862, o governo decidiu ampliar o hospício, transferindo-o para a Ladeira Tabatinguera. Segundo Cunha, (1988), foi

nesse período que a demanda pelo asilo psiquiátrico emergiu desmesuradamente: em 1871 existiam 90 internos; em 1881, 147 internos; em 1886, 250 internos; em 1894, 376 internos; e no ano seguinte, 534 pacientes.

Em 1896, com a morte do então administrador do asilo, Frederico Alvarenga, o psiquiatra Franco da Rocha é nomeado como primeiro diretor clínico do Hospital de Alienados de São Paulo. Ele foi o primeiro médico especialista a assumir o cargo.

Nos anos seguintes, Franco da Rocha enfrentou diversos problemas, tais como superlotação, deficiência das instalações, falta de verbas e epidemias. Como solução, o governo propôs a criação de diversos asilos regionais, proposta considerada repugnante aos olhos do então diretor. O psiquiatra pretendia introduzir novas técnicas, como a laborterapia, visando a reintegração dos doentes no mercado de trabalho. Surge, nesse momento, a idéia de uma colônia agrícola, como refúgio aos que não se adequavam às exigências de uma vida urbana, pois o trabalho rural exigia menos esforço intelectual (CUNHA, 1988). Franco da Rocha, como um alienista, trazia explícito em seu discurso a intenção de recuperar os doentes convalescentes para sua reintegração à sociedade e ao mercado de trabalho, e por isso o decorria ser uma espécie de escola, uma instituição exemplar, na qual, através do trabalho se alcançasse a disciplina e adquirisse a moralidade.

A proposta de Franco da Rocha foi aceita pelo poder público e o local escolhido foi o terreno de cento e cinquenta hectares, à margem da Linha Inglesa, na Estação do Juquery. Em 19 de maio de 1898, foi inaugurada a primeira colônia do asilo de alienados do Juquery, com oitenta pacientes, como atesta notícia publicada pelo jornal O Estado de São Paulo:

Já está inaugurado o vasto e bello manicômio da estação do Juquery. Foram transferidos para lá 70 loucos que estavam em Sorocaba. Conduziu-os daquela localidade até a estação da Água Branca o Dr. Franco da Rocha, zeloso e intelligente diretor do hospício desta capital. Da estação da Água Branca, hontem à 1 hora da tarde, em trem especial, o dr. Franco da Rocha conduziu-os ao Juquery, onde os acomodou (O ESTADO DE S. PAULO, 19/5/1898).

Banhos quentes e chuveiradas geladas supunham um dispositivo de tratamento corporal, assim como algemas, camisas de força e trabalhos manuais eram usados para o tratamento



da mente, como forma de acalmá-la e torná-la receptiva à razão. Este era o tratamento alienista para distúrbio mental, do século XVIII em diante: um ambiente segregador, com emprego de técnicas para disciplinar a loucura, normalizar as paixões, transformando os internos em indivíduos normais e úteis socialmente. Segundo o jornal paulistano:

A sua organização obedece à orientação dada em Paris, pelo último congresso internacional de alienistas, em 1869. Consta de um hospício fechado ou de tratamento de uma colônia anexa, que serve do recurso para evitar a acumulação de doentes chronicos e incuráveis. Tanto no hospício fechado como na colônia a construção é em pavilhões isolados. (...) E os doentes ahi são fiscalizados de um observatório que fica perto (O ESTADO DE S. PAULO, 23/10/1899).

## **Reviravolta**

São Paulo se converte, na primeira metade do século XX, em um espaço de cruzamento e circulação de uma população multifacetada e miscigenada, composta por ex-escravos, imigrantes, pequena burguesia e trabalhadores urbanos. A concentração de moradores de origens sociais e culturais fortemente distintas modificou a percepção da cidade que, segundo a visão da elite da época, sugeria caos e declínio moral. As maiores preocupações dos chefes de polícia eram com os menores abandonados, a prostituição, a mendicância, o jogo, a bebida e a vadiagem (FONSECA: 1988). Nesse contexto, surge a idéia da reforma social e moral dos indivíduos anormais, desajustados, indisciplinados e insubordinados à nova ordem emergente. Isolá-los em um espaço educativo e corretivo constituía a estratégia de assegurar a manutenção da parcela sadia da sociedade. Dentre as medidas impostas, encontram-se a ampliação de construções de penitenciárias e a criação da primeira prisão para menores.

Ao longo das primeiras décadas do século XX, a intervenção do espaço público urbano transformou-se em proposta de vida melhor para a elite brasileira, resultando na expulsão da população indesejada dos locais considerados nobres. Em São Paulo, segundo Caldeiras (2003), a população de baixa renda foi sendo expulsa para as periferias da cidade, tornando-se residente das áreas urbanas sem infra-estrutura e meios de locomoção. Ao mesmo tempo a ideologia modernista acirrou, como projeto da reforma pública, o anseio de modernidade

da burguesia: o progresso econômico, o racionalismo moderno e o desenvolvimento da ciência.

No início do século XX emergem inúmeras ligas de associações e entidades civis voltadas para as propostas eugênicas no campo da medicina social e para a moralização da sociedade. O médico Renato Kehl funda, em 1917, a primeira Liga Eugênica na Capital de São Paulo. Rapidamente, associações semelhantes espalham-se por todo o país, dentre as quais as: ligas antialcoólicas, de educação sexual e de saúde mental.

Em 1929, é inaugurado o primeiro Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo, localizado no Complexo Hospitalar do Juquery, subordinado à sua direção. Foram ali internados os loucos criminosos que, antes, encontravam-se isolados em alas especiais no Hospital do Juquery.

Na década de 1930 é a vez dos militantes políticos serem considerados sujeitos perigosos. “*A Casa de Detenção naquele momento era composta por uma população de 1200 detentos, sendo, dentre eles 500 presos políticos*” (PEDROSO, 2003: 158), prática, que voltou com a ditadura militar em 1964<sup>4</sup>. Registra-se, em documentação específica, que “*milhares de pessoas foram presas, torturadas e tiveram seus direitos cassados. Ora por serem sindicalistas, camponeses, advogados ou parlamentares, ora por serem funcionários públicos, ferroviários ou simplesmente estudantes. Outras tantas conseguiram escapar para o exílio*” (Comissão dos Familiares de Mortos Desaparecidos Políticos: 1996, 26).

Na primeira década do século XX havia sido inaugurado o Hospital Psiquiátrico Pinel, no bairro de Pirituba, destinado, à época de sua implantação, a atender pacientes de elevado poder aquisitivo, mas em 1944, o governo estadual adquiriu o Hospital, passando a atender a população em geral.

Na segunda metade do século XX, passaram a ser comuns, na mídia, denúncias de maus-tratos em diversos hospitais psiquiátricos. Em 5 de maio de 1951 foi noticiada, no Jornal Estado de São Paulo, a primeira crise da história do Complexo Hospitalar Juquery.

---

<sup>4</sup> Observa-se que este evento será aprofundado com dados dos internos do Manicômio Judiciário no terceiro capítulo.

As interpretações oportunamente levadas ao plenário da Assembléia Legislativa tiveram o mérito de trazer ao debate público o problema da assistência aos psicopatas no Estado de São Paulo e, mais particularmente, o de focalizar a situação do Juquery, esse hospício hoje conduzido à situação de um caótico depósito de doentes, em que 14.000 privados da razão e 2.000 empregados são obrigados a ajeitar-se em acomodações aptas a acolher 4.000 pessoas (O ESTADO DE S. PAULO, 5/5/1951).

Dez mil pacientes além da capacidade do hospital encontravam-se internados, sendo que a problemática de falta de leitos, “*se resolve fazendo duas pessoas dormirem em um colchão*” (Idem).

De acordo com dados publicados no jornal Folha da Manhã, em 15 de maio de 1951, no período de 1946 a 1950, entraram 19.167 doentes e obtiveram alta 3.561. Constata-se que, ao longo desses 5 anos, houve um pequeno aumento do número de desinternação, que passou de 18,33% a 27,69%. Porém, no total, a média de alta dos internos que deram entrada na instituição, nesse período, foi de 18,6%, ou seja, 81,4% dos doentes permaneceram, pelo menos, mais de um ano internados no hospital, o que pode ser evidenciado no quadro abaixo.

#### Quadro 1:

<b>Nº de Internações e Altas nos anos de 1946 a 1950, no Hospital Psiquiátrico de Juquery</b>			
Ano	Nº de Internações	Nº de Altas	% de Altas
1946	3.050	559	18,33
1947	3.777	652	17,26
1948	4.175	1.117	26,75
1949	3976	1.233	31,01
1950	4.189	1.160	27,69
Total	19.167	3.561	18,58

Fonte: Folha da Manhã, 15/05/1951

Segundo estimativas da quantidade de médicos necessários para o tratamento de uma população de 14 mil internos, seriam necessários cerca de 280 a 300 médicos. Nessa época o Juquery contava com apenas 100 médicos, sendo que apenas um terço possuía especialização em psiquiatria (DIÁRIO DE SÃO PAULO, 5/5/1951).

Na década de 1980, as políticas de saúde mental e de segurança pública tenderam à convergência, ao mesmo tempo em que, fortemente influenciado pela prática italiana, desenvolveu-se um novo discurso psiquiátrico a partir do desenvolvimento da Luta Antimanicomial, cuja pauta incluía o combate pela extinção dos Hospitais Psiquiátricos<sup>5</sup> e desinstitucionalização da loucura.

As mudanças nos discursos, segundo Deleuze (2006), são decorrentes da passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. Segundo o autor, com o fim da Segunda Guerra, a disciplina – como ocorreu com a sociedade de soberania no século XVIII – deu indícios de sua crise. Em 1990, em *Post-Scriptum Sobre a Sociedade de Controle*, Deleuze afirmou: “*Encontramo-nos numa crise generalizada de todos os meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola, família*” (DELEUZE, 1990/2006: 220). A sociedade de controle, ao contrário do regime disciplinar que opera em instituições fechadas, controla os indivíduos ao ar livre, como se pode constatar pelas novas técnicas de controle da doença mental, que assumem formas mais fluídas e flexíveis, com o advento da reforma psiquiátrica.

Desde o final do século XX, novas formas de controle sobre a vida da população vêm-se afirmando a partir da crise das instituições disciplinares e da emergência de um capitalismo pós-industrial.

Os ministros competentes não param de anunciar reformas supostamente necessárias. Reformar a escola, reformar a indústria, o hospital, o exército, a prisão; mas todos sabem que essas instituições estão condenadas, num prazo mais ou menos longo. Trata-se apenas de gerir sua agonia e ocupar as pessoas, até a instalação das novas forças que se anunciam. São as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares (DELEUZE, 2006: 220).

A reforma psiquiátrica, em meio a essa fluidez da instituição da loucura, não pretende abolir o tratamento psiquiátrico, mas ressignificá-lo segundo os novos moldes da sociedade de controle, que abre o espaço da rígida segregação, para a valorização das diferenças, das minorias e dos direitos humanos. “*Multiplicam-se os conselhos de gestão de políticas públicas, e diversificam-se os segmentos da sociedade com a finalidade de expressão da*

---

<sup>5</sup> A luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica serão assuntos tratados mais profundamente nos capítulos 2 e 3.

*modalidade institucional da democracia participativa*” (TOTORA, 2006: 242). Todos os indivíduos são considerados cidadãos e sujeitos de direitos.

A sociedade de controle, assim, une fluxos contínuos de participação de indivíduos e grupos desde o trabalho até o controle das penalidades; combina direitos e exceções em arranjos democráticos que incorporam eleições, influências e tomada de decisão, desde a vida de cada um até o âmbito estatal; institucionaliza a participação democrática, a ampliação das punições e a governamentalização com máquinas cibernéticas (PASSETTI, 2008, s/n.).

Em 1987 surge o primeiro CAPS – Centro de Assistência Psicossocial – na cidade de São Paulo, onde os pacientes são tratados em regime ambulatorial e não mais de internamento. Em Santos, com a mesma finalidade, é criado o NAPS – Núcleo de Assistência Psicossocial –, e surgem, também, cooperativas de resistência a egressos do hospital.

Em 1989 o Deputado Paulo Delgado (PT/MG) dá entrada, no Congresso, a um projeto de lei que propõe a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. É o início das lutas do movimento da reforma psiquiátrica no campo legislativo. A partir de 1992, inspirado no projeto Paulo Delgado, os movimentos sociais contra o manicômio conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental: CAPS, NAPS, Hospital-Dia. Em 2001, após 12 anos de tramitação pelo Congresso, o projeto de Paulo Delgado foi aprovado, normatizando a reforma psiquiátrica em todo país.

O Hospital-Dia instalado em Ribeirão Preto foi o primeiro do Brasil no tratamento com a hospitalização parcial de doentes mentais fora do contexto de internação integral e do asilamento. Nessa época começaram a surgir ONGs que lutam pelo fim dos manicômios, tendo o Hospital do Juquery como símbolo da perversidade das instituições.

A política de segurança segue uma linha semelhante, no que tange à fluidez da disciplina no âmbito da emergência da sociedade de controle, com relação às punições das infrações penais. Contudo, ao contrário da reforma psiquiátrica, que diminuiu os leitos hospitalares em prol de um tratamento extra-hospitalar, as novas vozes da política de segurança ampliaram o rigor punitivo da pena privativa de liberdade e criaram novas formas de

punições mais rápidas e flexíveis, como as penas alternativas, direito penal mínimo e a justiça restaurativa, em que seus defensores afirmam estar diminuindo o uso das prisões.

Atualmente, aproxima-se a justiça restaurativa articulando a moral da religião à jurídica e trazendo a comunidade, onde se encontra vítima ou vitimizador, para o campo da tomada de decisão. Assim, democratiza-se a decisão do mesmo tribunal. Por todos esses fluxos, não houve redução dos encarceramentos, nem das punições, apenas firmou-se uma moderada variação conservadora do regime das penas (PASSETTI, 2008, s/n.).

Juntamente com as formas alternativas de punição, emergem as prisões *supermax* nos Estados Unidos e, no Brasil, o Regime Disciplinar Diferenciado (RDD). Segundo Wacquant (*apud* JUSTO, 2008: s/n.), a população carcerária dos Estados Unidos aumentou 628% entre 1981 a 2007, ou seja, de 369 mil presos para 2,3 milhões no ano passado.

A inflação carcerária nos EUA seria resultado da criação e alteração de leis e instituições da justiça criminal, de recolocação da pena de morte no debate público, do aumento dos contingentes policiais e da adoção de programas de policiamento urbano conhecidos como Tolerância Zero (...) seguindo esse modelo, passou-se a impor um controle rígido sobre as ilegalidades populares, principalmente para controle de drogas, cujos crimes não são os mais severos (JUSTO, 2008: s/n.).

Seguindo também o gradativo aumento da população carcerária no Brasil, o total de presos em 1990 era de 90 mil. Passada uma década, segundo dados do INFOPEN (Sistema de Informação Penitenciária), a população carcerária chegou a 232.7 mil e, em 2007, a um total de 422.5 mil presos.

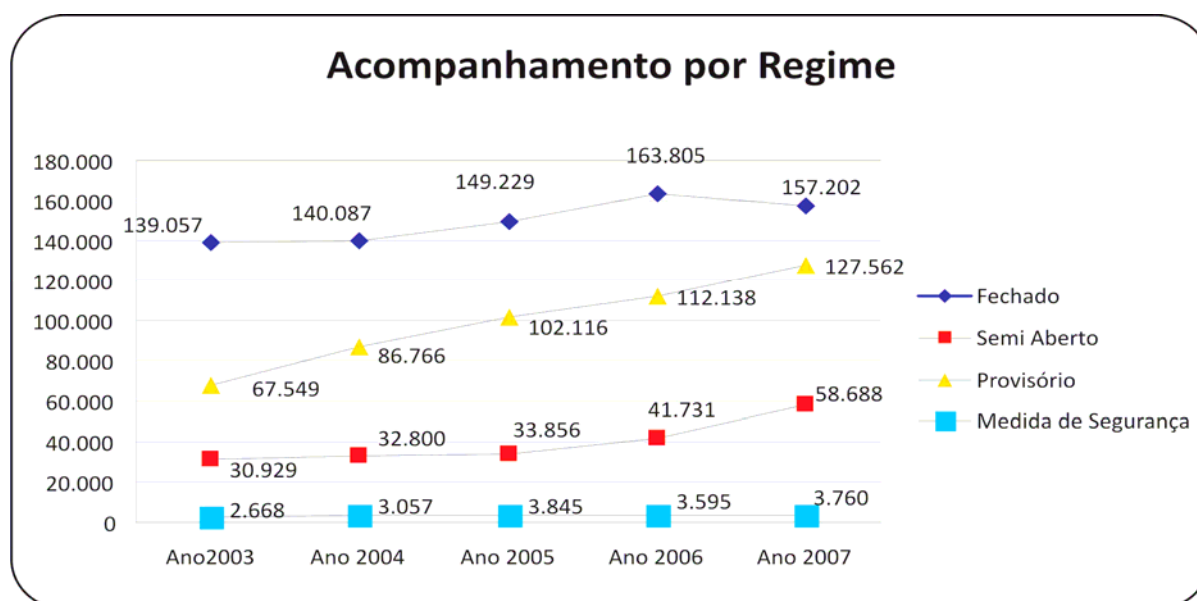
## Quadro 2:

Quadro da População Carcerária do Brasil	
Ano	Total
2000	232.755
2001	233.859
2002	239.345
2003	308.304
2004	336.358
2005	361.402
2006	401.236
2007	422.590

Fonte: MJ/ INFOPEN

No total de 422,5 mil presos em 2007, 157.2 cumprem pena em regime fechado, 127.5 em regime provisório, 58.6 em regime semi-aberto e 3.7 cumprem medida de segurança. Segue abaixo um gráfico da movimentação da população carcerária no Brasil, segundo o regime, de 2003 a 2007.

**Quadro 3:**



Fonte: Ministério da Justiça/ INFOPEN, 2007.

Com relação ao Estado de São Paulo, que abriga a maior população carcerária do país, até 1997 contava com 15 penitenciárias, todas destinadas ao cumprimento da pena privativa de liberdade. A Secretaria Estadual da Justiça, criada em 1892, administrava e coordenava os estabelecimentos penitenciários do Estado de São Paulo, através da Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado, COESPE. Em março de 1991, a COESPE foi transferida para a Secretaria de Segurança Pública do Estado, e em dezembro de 1992, em meio a fervorosas discussões em torno do Massacre do Carandiru, foi criada a Secretaria de Administração Penitenciária (SAP).

Segundo o censo penitenciário de 1997 havia um déficit de 11.652 vagas nos presídios. Diante desse cenário, o governo do Estado lançou um programa de ampliação das vagas,

com a construção de 21 novas unidades prisionais, sendo 3 em regimes semi-abertos, localizadas no interior do estado.

Em pouco menos de 30 anos, o Estado de São Paulo teve um crescimento de 980% das unidades prisionais, chegando hoje a 144 penitenciárias. Atualmente, segundo dados do Observatório da Segurança Pública, administração das penitenciárias, por parte da SAP, é dividida em regiões administrativas do Estado de São Paulo:

- Região Noroeste, com sede na Cidade de Pirajuí, tendo sob sua responsabilidade 31 unidades prisionais.
- Capital e Grande São Paulo, com sede na Cidade de São Paulo, com 29 unidades.
- Região Central do Estado, com sede em Campinas, com 30 unidades.
- Região do Vale do Paraíba e Litoral do Estado, com sede na cidade de Tremembé, com 17 unidades.
- Região Oeste do Estado, com sede na cidade de Presidente Wenceslau, com 35 unidades.
- Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário, localizado na capital, com 5 unidades, incluindo dois Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Segundo os dados da SAP, as atuais 144 unidades estão subdivididas em: 3 de segurança máxima, 74 penitenciárias, 32 centros de detenção provisória (CDP), 22 centros de ressocialização (CR), 7 centros de progressão penitenciária (CPP), 2 instituições agrícolas e, por fim, 2 centros hospitalares e 3 hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP).

O Estado de São Paulo respondeu, no ano de 2007, por 138.306 mil presos em regime de cumprimento de pena e por 11.004 nas unidades de detenção da Secretaria de Segurança Pública do Estado, ou seja, o sistema penitenciário paulista detém 36% da população carcerária o país, sendo que o estado corresponde a 22% da população total do país.



**Quadro 4:****Índice de Presos por 100 mil/hab. e de População por Vagas, de 2002 e 2007, Estado de São Paulo e Brasil**

Local	Presos por 100 mil Hab.		Relação de Presos por Vagas	
	2002	2007	2002	2007
Brasil	178,3	194,7	1,6	1,7
São Paulo	352,8	335,5	1,5	1,6

Fonte: Ministério da Justiça/INFOPEN, 2007.

Há de ser ressaltado que o total de vagas carcerárias do sistema penitenciário paulista é de 90.816; porém, como já evidenciado, encontram-se em cumprimento de pena 138.306, ou seja, alega-se que no Estado de São Paulo há a carência de 47.490 vagas em penitenciárias insistindo-se em desconhecer os inúmeros dispositivos de seletividade penal. Apesar do expressivo número de prédios construídos no estado e das recém criadas penitenciárias federais, elas não foram e sempre serão insuficientes para acompanhar o número de pessoas cumprindo pena privativa de liberdade. Então, esses indivíduos acabam alocados nas lotadas prisões do estado, submetidos a péssimas condições de vida, em lugares insalubres, evidenciando o fracasso da missão institucional: reeducar o preso.

A compaixão e o castigo encontram na prisão a instituição exemplar, por mostrar onde se localiza a fronteira da prevenção geral a partir do castigo. Ela procriará novas vítimas, pois será incapaz de equacionar a reclusão diante das condições para o retorno, reeducando ou integrando o infrator (PASSETTI, 2006: 153).

De acordo com Passetti (2003), vivemos a era da ampliação dos atos criminalizáveis, da transformação das periferias em campos de concentração por meio dos controles eletrônicos. *“Todos os que estão fora da cadeia, pelas reformas penais recentes, nada mais são do que potenciais futuros inquilinos sob vigilância computadorizada”* (PASSETTI, 2003: 153). Seguindo o raciocínio do autor, *“o delinqüente aparece como produtor de vítima, um infrator reincidente que exterioriza uma alegada periculosidade”* (Ibid., p. 151).

É assim que a noção de vítima e potencial infrator fez com que se amplie o controle sobre a população vulnerável, *“seja por viver em suposta área de risco, seja por ser composta, potencialmente, por pessoas tidas como risco à sociedade”* (PASSETTI, 2008). Mapeiam-se, então, as zonas de risco, incluem-se ONGs, Parcerias Público-Privadas (PPP), criam-se

políticas de inclusão social para intervir nessas regiões. Segundo Deleuze (2006) não se trata de políticas de exclusão, mas da inclusão social por meio do controle pela disseminação da cultura de cidadania e da punição governada democraticamente através da convocação à participação de todos (PASSETTI, 2008).

A sociedade de controle não funciona somente por esse fluxo. Ao lado dos direitos, das penalizações flexíveis e ampliadas, mapeamento de áreas e pessoas de risco e em risco, governo por elites minoritárias, inclusões de mais inclusões, vida livre nos campos de concentração da cidade, a prisão também não é mais a mesma. Ela deixou de ser a expressão do medo contra o insuportável, por quem se atreveu a atentar contra a propriedade ou o moralizador; por quem, num átimo de intempestivo, tirou a vida de alguém; pelo conjunto de infelizes, otários e fracassados apanhados pela insuportável seletividade do sistema penal. A prisão se tornou uma empresa e um oportuno aparato jurídico, assistencial, social e diplomático nas mãos dos presos (...) Essas características, no Brasil recente, combinam-se com o domínio do tráfico de drogas e de seu sistema próprio de funcionamento administrativo, justiça, policiamento negociação com o Estado sobre a produtividade e o apaziguamento na prisão. A sociedade de controle, com sua variada penalização, facilitou a emergência da administração da prisão pelos próprios presos, tanto pelo viés repressor e violento da exceção do PCC (Primeiro Comando da Capital), em São Paulo, quanto por meio dos direitos que levam à democratização das decisões, como no caso de Bragança Paulista (SP), ou mesmo pela participação pelo voto nas eleições, como Porto Alegre (RS) (PASSETTI, 2008: s/n.).

Ademais, é com a participação dos chamados cidadãos em conselhos de segurança pública que o Estado visa a atrair e formar comunidades organizadas em combate ao crime. Tem por objetivo final formar grupos contra a violência, mapear as áreas consideradas de risco e, principalmente, o controle da população sobre a sua própria comunidade. Essa nova aliança entre o Estado e a sociedade favorece o aparecimento dos denominados “policiamentos comunitários”. É a supervisão de um sobre o comportamento do outro.

Nesse contexto, a prisão permanece como um instrumento de gestão da população indesejada em meio a um sistema de regulação social e como extensão do aparelho punitivo do Estado.

## 2. Genealogia do Indivíduo Louco e Perigoso

---

A intervenção médica arranca-o do carrasco, mas não da administração penitenciária (FOUCAULT, 2002a: 273).

O presente capítulo tem por objetivo, primeiramente, analisar a apropriação do saber psiquiátrico pelo direito penal, em defesa da contenção da loucura criminosa. A partir do aparecimento do psiquiatra nos tribunais, a figura do louco-criminoso emergiu como um anormal que necessita ser estudado, tratado e normalizado. É desse modo que o saber da psiquiatria penal levou as políticas de saúde a se aproximarem das políticas de segurança, como uma forma de reprimir esses indivíduos perigosos, retirando-os do convívio social. Com efeito, eles passaram à custódia do Estado, em prol da manutenção da ordem e do bem-estar da sociedade. É, também, aqui analisada a correlação entre as instituições psiquiátricas e as penas, isto é, a junção dos conceitos de loucura e crime no século XIX.

Num segundo momento, é realizada uma análise do aparecimento do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha em determinado contexto histórico-político brasileiro. São registrados dois movimentos de “resistência” que ocorreram dentro dessa instituição. E, por último, apresenta-se a legislação à qual o louco-criminoso é submetido no Brasil.

### **O Aparecimento do Monstro**

Na passagem do século XIX para o século XX ocorreram modificações no espaço urbano do ocidente europeu em função, segundo Foucault, da maior invenção do século XVIII, a disciplina.

O intenso crescimento demográfico na região ocorreu devido à industrialização, à formação de um mercado competitivo nos moldes capitalistas, à migração rural para as cidades, bem como à modernização da estrutura urbana. Concomitante a essas transformações, surgiu a necessidade de organizar o espaço urbano de modo a integrar a nova população ao sistema de produção capitalista, controlar os crimes e adequá-los ao sistema de vigilância – análise e disciplina – não mais no âmbito do indivíduo, mas num contexto maior, o dos

acontecimentos coletivos. Verifica-se, assim, paralelamente ao poder disciplinar centrado no indivíduo, o aparecimento da biopolítica com foco na população.

Segundo Foucault,

Esboça-se o projeto de tecnologia da população: estimativas demográficas, cálculo da pirâmide das idades, das diferentes esperanças de vida, das taxas de mortalidade, estudo do papel que desempenham um em relação ao outro o crescimento da população, diversas incitações ao casamento e à natalidade, desenvolvimento da educação e da formação profissional (FOUCAULT, 1989: 198).

Delineia-se o controle da população no que diz respeito ao biológico, buscando a criação de padrões urbanos, promovendo campanhas de higienização e políticas de habitação, dentre outras ações que podem ser definidas como governamentalização da vida.

Além das tensões sociais, as grandes cidades do final do século XIX assistiram ainda à emergência da reincidência criminal como um novo fenômeno social. Segundo Michel Foucault (1989), a situação foi em grande parte resultado do novo sistema de punição que se estabeleceu nos sistemas penais a partir do final do século XVIII. Afastado do convívio social durante longos períodos de reclusão, sem ter como sustentar a família, com um passaporte que informa seu delito à sociedade e estigmatizado perante o meio social, começava a se desenhar, para o chamado criminoso, um caminho único: o retorno ao “mundo do crime”. Diante de tal realidade, ele é concebido como um indivíduo portador de uma anormalidade, ou seja, o crime pode ser considerado como manifestação de uma natureza perturbada e doente (FOUCAULT, 1999b).

A reincidência criminosa na primeira metade do século XIX, segundo Foucault (1989), levou a uma modernização das técnicas de controle, vigilância e repressão utilizadas pelo Estado, dando lugar ao aparecimento de uma polícia científica. É neste sentido que se pode falar de criação de um meio delinquencial, produtor de reincidência, e que serviu de justificativa aos discursos a favor de instalações de um sistema de controle e vigilância destinado à população urbana.

Através do crime, juristas, criminalistas, criminólogos, antropólogos criminais, médicos legistas, psiquiatras, todos fortemente influenciados por doutrinas positivistas ou cientificistas, discutiam uma questão política

maior: os limites reais e necessários da liberdade individual, que, excessivamente, protegida nas sociedades liberais era apontada como causa da agitação social ou, ao menos, como empecilho à sua resolução (CARRARA, 1998: 65).

A partir das indicações levantadas por Carrara, emergiu, nessa época, a reflexão sobre a possibilidade de o crime ser consequência ou manifestação de uma desigualdade física e psicológica entre os indivíduos. Por ter sua base em uma sociedade liberal e individualista, ao consagrar a igualdade jurídica, o pensamento vigente mostrava-se incapaz de administrar tais diferenças. Era preciso reformar as bases legais e políticas, de modo a fornecer, ao Estado e a suas instituições de controle, os dispositivos necessários para uma intervenção mais eficiente. A partir das discussões sobre o crime, amplamente ancoradas em formulações positivistas e cientificistas, consolidava-se uma nova concepção de homem e de sua relação com a sociedade. Tais críticas ao liberalismo e à concepção iluminista do homem, baseadas em um pensamento autoritário, tiveram ampla adesão da elite intelectual da época.

Pelo cruzamento das áreas médica e jurídica, surgem novas discussões em torno do crime e do criminoso. No âmbito da medicina, as duas vezes que falamos sobre o crime são a psiquiatria e a antropologia criminal. Na esfera jurídica, é a antropologia criminal que fornece as bases teóricas para a chamada Escola Positivista de Direito Penal.

O crime, enquanto objeto da psiquiatria, passava a ser visto como sintoma de uma doença mental, isto é, um comportamento sintomático de um problema físico e psíquico, de que seriam portadores determinados indivíduos. Já como objeto da antropologia, o crime – sob a ótica da crueldade e da imoralidade – resultaria de atributos próprios da natureza humana. Foi, portanto, no final do século XIX, que os caminhos da psiquiatria e da antropologia criminal se encontraram em um espaço que paira entre o médico e o legal. Foi desse cruzamento, com efeito, que nasceu o Manicômio Judiciário (CARRARA, 1998).

A questão da transgressão às normas sociais não é um fenômeno que se compreenda, sem dificuldades, no interior da sociedade disciplinar. Como discutido anteriormente, fundada sobre a base racional de um contrato social esta sociedade tem como objetivo a garantia do bem comum. Sendo o crime visto enquanto ataque à sociedade e, portanto, como ruptura

desse contrato, não deixa de se transfigurar como uma forma de irracionalidade, pois para uma sociedade burguesa, não parece inteligível que um concidadão possa atacá-la em seu estado racional.

Se é justamente através da sociedade que os interesses individuais encontram condições para expressarem e se realizarem livremente; se, portanto, interesse individual e interesse social se superpõem harmonicamente, atacar a sociedade não seria, de certa forma, atacar a si próprio? E atacar a si próprio não seria o ato irracional por excelência? (CARRARA, 1998: 69).

De acordo com Robert Castel (1978), as primeiras manifestações do alienismo francês para fora dos asilos estiveram relacionadas à questão do crime. Elas ocorreram no início do século XIX, quando os alienistas foram chamados pelos tribunais para desvendar certos crimes. Segundo o autor, as saídas resultaram “*na sua imposição como peça indispensável ao funcionamento do aparelho judiciário*” (CASTEL, 1978: 169). Tratava-se da necessidade de entender as causas do crime, da probabilidade de uma nova ocorrência e da própria confirmação – ou não – de lucidez do criminoso durante o delito. As questões a serem respondidas, agora, passavam a ser outras:

Não mais simplesmente: ‘o fato está comprovado, é delituoso?’, mas também: ‘o que é realmente esse fato, o que significa essa violência ou esse crime? Em que nível ou em que campo da realidade deve ser colocado? Fantasma, reação psicótica, episódio de delírio, perversidade? Não mais simplesmente ‘quem é o autor’ mas: ‘como citar o processo causal que o produziu? Onde está, no próprio autor, a origem do crime? Instinto, inconsciente, meio ambiente, hereditariedade?’ Não mais simplesmente: ‘que lei sanciona essa infração?’ Mas ‘que medida tomar que seja apropriada? Como prever a evolução do sujeito? De que modo será ele mais seguramente corrigido?’ (FOUCAULT, 1999a: 20).

Baseando-se no pressuposto da existência de uma racionalidade humana, tal sistema via-se comprometido ao tentar codificar as ações criminosas que, de um lado, não demonstravam razões aparentes, mas que, de outro lado, não possibilitavam o encaixe de tais delinquentes nos quadros clássicos da doença mental. Nem paixões nem qualquer outro interesse poderiam ser imediatamente identificados como desencadeadores de certos delitos de indivíduos que não pareciam alienados. Pode-se citar, por exemplo, o caso de Pierre Rivière (FOUCAULT, 1991), cujos motivos apresentados para explicar o crime são moralmente tão inaceitáveis que a razão parece se recusar a compreendê-lo, exigindo a presença de

alienistas nos tribunais. Nesse sentido, a inexistência de causas socialmente claras para a execução de crimes – tais como ganância, posição social, prazeres sexuais –, ou a ocorrência de delitos que não se encaixem em tais ilegalidades tornam impossível compreendê-los como meras subversões ao meio social.

Com efeito, os crimes que exigiam pareceres médicos pareciam possuir uma outra causalidade em comparação aos crimes comuns, pois subvertiam valores básicos que estão supostamente enraizados na natureza humana, tais como a piedade, amor materno, caridade, fraternidade dentre outros. É nessa perspectiva que esses crimes colocam

em questão a própria humanidade de parricidas, infanticidas, assassinos cruéis, sendo mais bem interpretados no contexto das selvagerias da natureza, mais afeitas, portanto, à abordagem das ciências biológicas ou naturais (CARRARA, 1998: 71).

Foi a partir de tais casos, por subverterem todos os valores sociais consagrados, que se tornaram possíveis as primeiras reflexões sobre a relação entre crime e loucura e, por fim, o nascimento do manicômio judiciário nos fins do século XIX.

### **O Psiquiatra e o Antropólogo Criminal nos Tribunais – O Louco Criminoso**

Na primeira metade do século XIX, um curioso processo começou a surgir nos tribunais: os médicos começaram a reivindicar para a doença mental o próprio crime; quer dizer, diante do crime, os psiquiatras se perguntavam se certas atitudes não seriam sinal de desequilíbrio mental. Segundo Foucault (2006), o interesse dos psiquiatras pelo delito não foi o de demonstrar que todo criminoso é um possível louco, mas sim que todo louco é um possível criminoso. Era um meio de inaugurar o poder psiquiátrico, já que os psiquiatras se colocavam na posição de guardiões da sociedade. Ademais, consideravam que em toda loucura havia a potencialidade de um crime.

A ampliação do conceito de loucura, iniciada aí, torna a psiquiatria um dispositivo mais eficaz e refinado: de ‘furiosa, a loucura torna-se insidiosa, gruda-se à própria pele do indivíduo; torna-se, ademais, invisível – exceto para o olhar do especialista, que vê reforçada sua competência – e uma ameaça infinitamente maior a ser enfrentada, corporificada nas figuras ameaçadoras dos vadios, dos ladrões, dos jogadores, das prostitutas e seus cafetões, dos ladrões, dos assassinos, de

todos os tipos de ‘desordeiros’ contidos na população urbana (CUNHA, 1988: 25).

Foi, assim, a partir da monomania, que se tornou possível compreender o crime sem razão aparente. No início, o conceito de monomania definia a loucura basicamente por delírios e tinha como referência o maníaco. Segundo a compreensão de Esquirol (*apud* CUNHA, 1988), a monomania era um delírio parcial, decorrente de uma idéia fixa: pode-se tomar, como exemplo, um indivíduo com a sensação de estar sendo perseguido, pois a partir dessa falsa idéia, uma série de comportamentos incompreensíveis poderiam ser desencadeados. Deve-se, também, levar em conta outras formas de monomanias, tais como a religiosa, a erótica, a homicida, a suicida, dentre outras.

Consideravam que os delírios podiam ser imperceptíveis às pessoas próximas ao doente, devido a parcialidade de sua manifestação: caso nenhum fator desencadeasse o delírio oculto, o monomaníaco poderia passar a sua vida de forma lúcida e coerente perante a sociedade. A monomania persecutória da qual um sujeito sentia-se vítima poderia atingir um limite insuportável e motivá-lo a praticar um ato de pseudovingança ou pseudodefesa contra o perseguidor. Isto, porém, permaneceria incompreensível nos tribunais, caso os alienistas, com sua técnica e seus saberes, não conseguissem extrair e tornar público o delírio (FOUCAULT, 2006).

Dentre as monomanias racionantes encontram-se as piromanias, dipsomanias, monomania homicida, monomania suicida, cleptomanias que são desdobramentos do inconsciente e não se caracterizam pelo delírio, mas por idéias fixas. As ações e reações de tais indivíduos seriam instintivas, implicando a submissão de todos os desejos irreprimíveis e impulsos irresistíveis. A doença aparece como o surgimento de um mal e poderia perturbar apenas as faculdades do afeto, caracterizando, portanto, indivíduos que, apesar de lúcidos, apresentam caráter de “*distúrbios do senso moral*”, ou seja, indivíduos enquadrados como sendo absolutamente maldosos, insensíveis e cruéis. Essa doença foi classificada pelos ingleses como “*loucura moral*” (FOUCAULT, 2002a).

Por sua vez, a monomania instintiva aparece como uma doença que se revela em surtos rápidos e repentinos, às vezes na fugacidade de um único gesto. Os doentes são geralmente



caracterizados por ter uma vida pacata, dentro dos padrões estabelecidos socialmente e repentinamente, cometem algum crime. Na loucura moral – monomania racionante –, o mal estaria constantemente presente, sempre visível, e os indivíduos portadores da loucura conservariam durante toda sua vida um caráter indisciplinado e amoral. Enquanto a monomania instintiva explicava atos considerados excessivos em relação a uma história de vida ou trajetória individual comedida, medíocre, normal, a loucura moral explicava, por outro lado, atos contextualizados por uma história individual percebida como excessiva, extravagante, excêntrica, frente à representação do que seria o homem “normal”.

Foi através da concepção de monomania que se forjou a noção da loucura enquanto alienação mental, ou seja, a doença não se caracterizaria necessariamente pelo delírio. De acordo com Foucault (2002a), foi através dessa concepção da monomania instintiva que se pôde visualizar com clareza o perigo em que se transformou a loucura, no decorrer do século XIX. Através da monomania, a loucura deixou de ser percebida como consciência rompida pelo delírio, ruptura que mantinha ainda mais enigmática a interioridade do ser humano. Na medida em que a loucura foi adquirindo esse poder de exteriorizar a verdadeira natureza humana, ela procurou se interiorizar, perdendo, assim, os sinais que a tornavam reconhecíveis. O perigo crescia com a noção de que a loucura não se constitui mais sobre a ausência de identidade do indivíduo (JACOBINA, 2003).

Se a introdução da noção de monomania no pensamento psiquiátrico acarretou várias consequências para a concepção de loucura que se articulava no século XIX, ela não deixou também de influenciar profundamente a chamada síntese asilar – internamento somado ao tratamento moral – operada pelo alienismo no início do mesmo século. O fenômeno da interiorização e da invisibilidade do mal tem consequência ambígua. De um lado, aumentou sensivelmente o poder de intervenção social dos alienistas, pois somente eles poderiam diagnosticar uma alienação que permanecia oculta. De outro lado, essa intervenção começava a perder força, já que a doença caracterizava-se como incurável. Como utilizar um tratamento moral na cura de loucos imorais, cuja doença não lhes permite justamente assimilarem regras de conduta da sociedade em que vivem? É a partir dessa nova concepção de loucura que o internamento asilar promove um discurso ambíguo, já que não realiza com plenitude seu objetivo de cura.

Contribuindo para o bom funcionamento do sistema penal que se instalava nas sociedades liberais, os psiquiatras, acabavam por criminalizar os loucos, incorporando à sua figura um novo perfil marcado por crueldade, indisciplina, amoralidade e periculosidade. Anteriormente, procurava-se distinguir o louco do criminoso e, posteriormente, o que prevalece é a intenção de separar com clareza os indivíduos passíveis de punição daqueles que não o são.

Apesar de ter quase se transformado em sinônimo do pensamento psiquiátrico na primeira metade do século XIX, na mesma época, a monomania já receberia várias críticas. O princípio de classificação das monomanias, de acordo com seus sintomas, aparecia como um entrave ao desenvolvimento de uma medicina mental positiva e científica, pois havia tantas anomalias quanto os comportamentos considerados transgressores (CARRARA, 1998).

Foi na segunda metade do século XIX que a monomania recebeu seu golpe decisivo, ao emergir a Teoria dos Degenerados. Essa linha de pensamento permitiu que se esboçasse uma primeira criminologia, na forma de uma reflexão médica específica sobre o crime. A teoria da degeneração recebeu sua formulação mais precisa no interior do pensamento psiquiátrico de Benedict-Augustin Morel, em meados do século XIX. A doutrina trazia uma nova concepção da doença mental, constituída pelo princípio de articulação de uma nova classe de alienados. A concepção de degenerados foi definida pelo autor enquanto conjunto de *“desvios doentios do tipo normal da humanidade, hereditariamente transmissíveis, com evolução progressiva no sentido da decadência”* (MOREL apud PERRIN, 1936: 54).

Essa concepção de hereditariedade tornava possível pensar que uma característica mórbida dos ascendentes pudesse ser transmitida aos descendentes. Partindo de postulados em torno do sistema nervoso, Morel afirma que a hereditariedade mórbida transmitiria tanto característica física quanto moral – temperamento e caráter. O que a teoria da hereditariedade mórbida concebia eram tipos desviantes, cujos sistemas nervosos encontravam-se alterados. Neste sentido, a loucura seria a manifestação de anomalia nervosa genética irreduzível, consequência da degeneração de um dos principais sistemas vitais.

Embora a concepção de monomania não desaparecesse e continuasse a ser utilizada pelos psiquiatras durante todo o século, foi somente com o reconhecimento da classe dos degenerados que os médicos começaram a questionar os fundamentos do direito penal. Os indivíduos classificados como monomaniacos até a segunda metade do século XIX, passaram a ser chamados preferencialmente de degenerados. Deve-se deixar claro que ambas as teorias – da monomania e da degeneração – abordam os mesmos sintomas, mas de modos diferentes. Enquanto o monomaniaco apresenta distúrbio comportamental, o degenerado possui distúrbio oriundo de carga genética (CARRARA, 1998).

Baseado nas doutrinas cristãs, Morel partia do princípio de que, criado por Deus, o homem seria um ser perfeito. Contudo, após a primeira falha moral, ou seja, o pecado original, o homem teria sido exposto a uma série de circunstâncias existenciais que havia comprometido seu sistema vital. Essas anomalias adquiridas eram transmitidas aos descendentes através da hereditariedade, com um agravamento constante e progressivo. No Iluminismo, há a utopia quanto à idealização do ser humano como indivíduo perfeitamente racional e capaz de controlar seus atos. Morel foi caracterizado como antievolucionista por afirmar que, com o passar do tempo, o homem regrediria, já que se afastaria do ideal de perfeição. Essa linha de pensamento distanciava-se, pois, da teoria evolucionista de Darwin.

Nesse antidarwinismo, os degenerados seriam uma forma de ‘visão antecipada’ da decadência que nos aguarda a todos num futuro remoto, um desvio patológico que antecipa a queda final da espécie humana (JACOBINA, 2003: 33).

A crença de que o ser humano é operado pelo sistema nervoso permitia que a degeneração de costumes pudesse produzir uma concomitante degeneração das células nervosas. Os desvios poderiam gerar doenças e as doenças poderiam gerar novos desvios de conduta. Para avaliar a saúde mental do doente, o médico deveria levantar a história familiar e individual de seu paciente, detendo-se nas incidências de doenças ligadas ao sistema nervoso, nas existências de atos extravagantes e excêntricos, de crimes e ocorrências de suicídios na família. Nessa perspectiva, quaisquer comportamentos desviantes dos antepassados poderiam ser sinais de que perturbações apresentadas pelo paciente tivessem

sua origem na degeneração do sistema nervoso. O indivíduo examinado seria estigmatizado a partir de atos ilegais de seus antepassados, mesmo que ele não os praticasse.<sup>6</sup> Funcionava como um controle dos indivíduos perigosos, antes de realmente cometerem os delitos. Verificava-se quem eram os possíveis infratores, com o objetivo de segregá-los para, assim, prevenir a sociedade dos crimes que poderiam vir a ocorrer no futuro (CARRARA, 1998).

Ademais, o médico deveria estar atento ao corpo daquele a quem examinava, pois seria através de deformações corporais anatômicas e problemas fisiológicos que se inscreveria toda uma história de desregramento. As anormalidades deveriam ser consideradas estigmas de degeneração, que indicariam o estado degenerativo de todo o organismo.

A teoria da degeneração tal como a monomania, se apegava à classificação da loucura segundo seus sintomas, mantendo-se afastada dos progressos da medicina que, abandonando as classificações sintomáticas e taxionomias clássicas, começava a ancorar suas categorias nosológicas sobre a base positivista fornecida pelas descobertas da anatomopatologia.

Estava em questão a possível distinção entre alienados, degenerados e predispostos hereditários. Segundo Morel, os degenerados distinguiram-se dos predispostos, porque passavam a vida inteira em um estado mental anormal e se caracterizavam pela presença de deformidade anatômica e fisiológica. Apresentavam oscilação entre estado depressivo e exaltação emocional, amoralidade, excentricidade e tristeza. Ainda para Morel, os desequilíbrios das funções psíquicas causariam, a certos degenerados, um maior desenvolvimento das faculdades intelectual ou artística. Contudo, como uma característica peculiar dos degenerados, a sua anormalidade daria lugar ao crime. Esse pensamento concebia os artistas, grandes intelectuais e pensadores, por serem transgressores dos valores de sua época, como possíveis criminosos; dentre eles os anarquistas.

A distinção entre degenerados e predispostos tornou-se claramente estabelecida pelo alienista Valentin Magman, que caracterizou os predispostos afirmando que

---

<sup>6</sup> “*Quem conhece os laudos psiquiátricos judiciais sabe o quanto esse tipo de informação é esquadrihada ainda hoje, mesmo que a sua utilidade pareça esotérica (...) Signo da busca de uma história de degeneração...*” (JACOBINA, 2003:34).

seu mecanismo cerebral apresenta funcionamento normal, embora mais frágil do que o do homem verdadeiramente normal, o que propiciaria a irrupção das formas mais simples e tradicionais da alienação. Já os predispostos com degeneração apresentariam defeitos congênitos em seu funcionamento (CARRARA, 1998: 93).

A doutrina da degeneração acirrou a discussão em torno da classificação, pois complicou a distinção entre louco e criminoso, responsável e irresponsável. O cerne da questão estava em entender se o degenerado era um alienado e qual seria o estatuto médico-legal desse doente. De acordo com Morel e seus sucessores, os degenerados deveriam ser considerados alienados, independentemente do grau de seu estado.

Os desvios em relação à norma social, que antes eram vistos como fruto de uma liberdade humana, encontraram agora uma determinação comum: loucos, homicidas, suicidas ou pervertidos sexuais<sup>7</sup> começaram a ser vistos como frutos de um mesmo processo degenerativo. Enquanto a monomania concluía que o alienado, às vezes, poderia cometer algum crime, a doutrina da degeneração fez com que o crime pudesse se tornar objeto de uma abordagem psicopatológica, tornando possível o surgimento da teoria criminológica, a qual estabelecia qual parte dos criminosos apresentava algum grau de anormalidade psíquica. A abordagem da degeneração, neste sentido, procurava medicalizar o crime; o crime como desvio moral poderia ser sintoma de disfunção orgânica. É a partir de tal teoria criminológica, do delito enquanto comportamento doentio, que a medicina mental, no século XIX, rompeu o binômio prisão/hospício, incidindo mais agressivamente no campo do delírio criminal, pois um criminoso poderia ser um doente mental (CARRARA, 1998).

A concepção do crime fora da oposição sanidade/insanidade só se realizará através de um pensamento jurídico baseado na formulação de uma disciplina que surge nas últimas décadas do século XIX, que reivindicava foros de ciência natural positiva, o que posteriormente denominou-se antropologia criminal. Esse novo pensamento colocou abaixo o pensamento antievolucionista de Morel, para fazer emergir uma teoria altamente influenciada pelo darwinismo. A Escola Positivista partiu, então, da visão de que o criminoso era uma espécie humana menos evoluída.

---

<sup>7</sup> Esses loucos transfiguram o monstro humano: o homicida compulsivo sem escrúpulo, o fraco que tenta tirar a própria vida e o obsessivo que não consegue frear seus impulsos sexuais. Exalam os valores imorais do inumano que a sociedade burguesa procura excluir.

A antropologia criminal, fundada a partir dos estudos do médico italiano Cesare Lombroso (1835-1909), constituiu-se na aplicação de técnicas antropométricas e cranioscópicas, desenvolvidas anteriormente por médicos como Gall<sup>8</sup>, no exame de corpos dos criminosos. Estes procedimentos, segundo Carrara (1998), conduziram à conclusão de que alguns criminosos podiam ser considerados uma variação singular do gênero humano, isto é, uma classe antropológicamente distinta. Tentou-se mostrar a existência de um “criminoso nato” na criminologia. Foi a partir da nova doutrina, que emergiu um novo movimento intelectual e político que, no final do século XIX, denominou-se Escola Positiva de Direito Criminal, dividindo-se em três grupos:

**1) Escola Antropológica Italiana** – procurava explicar o crime como fruto de causas biológicas (Cesare Lombroso, Henrico Feri e Rafaelle Garófalo);

**2) Escola Sociológica ou Francesa** – enxergava o crime através de causas sociais. (Gabriel Tarde);

**3) Escola Eclética** – conciliava as teorias das duas escolas anteriores.

A concepção de criminoso nato emergiu na década de 1870, com Lombroso e sua publicação do *Homem Delinquente*, que por meio de uma classificação antropológica articulava o biodeterminismo com o evolucionismo de Darwin. Incorporando um conceito darwiniano, Lombroso compreendia o crime como um fenômeno atávico. A partir dessa teoria, pôde-se identificar o homem criminoso como tipo humano regressivo. O crime seria a propagação do instinto animal existente no indivíduo atávico, visto enquanto invasão da animalidade e da barbárie na sociedade (CARRARA, 1998).

Segundo Lombroso (2007), o criminoso possuía uma série de estigmas:

- Anatômicos – ausência de pelos, braços compridos, maxilares superiores desenvolvidos, fronte fugidia, saliência dos zigomas, orelhas munidas de tubérculos de Darwin, exagerado escavamento das fossas oculares, tamanho do crânio.

---

<sup>8</sup> A idéia de que a periculosidade de um homem estaria estampada em seu corpo emergiu muito antes do século XIX, com a fisiognomia de Della Porta, na frenologia de Galle e na degeneração de Morel. A antropologia criminal serviu-se de todos esses autores para a formulação de suas teorias.

- Psicológicos – gosto pela tatuagem, uso de gíria, descuido com a aparência, imprudência, impulsividade, insensibilidade moral, caráter vingativo, preguiça, gosto pela orgia e pelo delito, ausência de remorso entre outros. O criminoso também seria sensível ao metal, à eletricidade, aos meteoros e a mudanças atmosféricas, além de afetar pouco as mulheres.
- Fisiológicos – insensibilidade à dor, capacidade de rápida cicatrização, ambidestrismo.

Para demonstrar a ineficácia dos pressupostos do direito clássico, o ponto chave utilizado pelos positivistas foi a reincidência do criminoso nato, sendo este, por excelência, incorrigível, pois seu comportamento era totalmente biodeterminado. Tal princípio de biodeterminismo chocava-se frontalmente com o conceito de livre arbítrio do indivíduo, pois como poderia um indivíduo ser punido sem ele mesmo querer cometer tal delito? Esse princípio tiraria qualquer responsabilidade penal do criminoso pelos delitos cometidos. O delinquente, nesse caso, era pouco passível de punição, pois considerado pelo fator biológico, o criminoso não teria o poder de escolher ser honesto, ou mesmo, se adaptar perfeitamente às regras sociais, morais e legais.

A explicação da criminalidade para Garófalo tem, por sua vez, fundamentação no comportamento do tipo criminoso, uma suposta anomalia psíquica e moral. Em suma, o criminoso seria portador de *“déficit de um adequado desenvolvimento da sensibilidade moral, de vivência altruísta, defeito organicamente condicionado e não mero produto de fatores ambientais”* (MOLINA & GOMES, 1997). Sua divisão dos tipos delinquentes consistia em: assassino, criminoso violento, ladrão e lascivo.

Garófalo propunha um maior rigor do sistema penal perante o crime em prol da eficaz defesa da ordem social. *“Do mesmo modo que a natureza elimina a espécie que não se adapta ao meio, também o Estado deve eliminar o delinquente que não se adapta à sociedade, às exigências da convivência”* (MOLINA & GOMES, 1997: 132).

Para a Escola Positivista<sup>9</sup>, a questão de que todos os cidadãos são iguais perante a lei, que fazia com que os juristas liberais apenas se preocupassem com os delitos e não considerassem a singularidade do criminoso, era uma arbitrariedade. Essa visão deveria ser alterada e a Justiça deveria se adaptar à nova realidade científica do homem delinquente. Para definir a pena, segundo a nova Escola, os juízes deveriam se orientar por uma avaliação da periculosidade do delinquente, pelo índice pessoal de expectativa da realização de novos delitos. Essa avaliação deveria ser realizada por uma equipe de especialistas que dominassem as técnicas de mediação antropométricas para a avaliação de estigmas físicos, psicólogos e fisiológicos. Os resultados orientariam a escolha da medida penal a ser aplicada.

Dessa maneira, para a proteção social, as propostas da Escola Positivista abriram as portas para a interdição legal de indivíduos que eram vistos como perigosos socialmente, antes mesmo que qualquer delito fosse cometido. E a Justiça poderia se exercer por tempo indeterminado, até que se verificasse, através de um novo exame criminológico, o fim da periculosidade. Não havia mais dúvida de que, para a manutenção do bem comum, a sociedade, através do Estado, deveria prevenir-se de possíveis crimes que poderiam, um dia, vir a ocorrer.

Os delinquentes, embora não fossem individualmente responsáveis por seus crimes, eram socialmente imputáveis pelo perigo que apresentavam à sociedade. Tal como pregava o alienismo – que os loucos eram inocentes mas deveriam ser tratados e contidos em prol da segurança pública – os delinquentes eram tão irresponsáveis quanto os loucos e não eram passíveis de punição e castigo, mas, sim, deveriam ser segregados, isolados socialmente e tutelados pelo Estado.

O plano de reforma imaginado pela Escola Positivista levantou uma importante polêmica sobre a eliminação de um júri popular, substituindo-o por um corpo de especialistas entre médicos, psiquiatras, criminólogos e antropólogos criminais, cuja função seria examinar e classificar a periculosidade do delinquente. Além da eliminação do júri, defendiam a distinção entre a ação pública e privada em direito penal, pois qualquer crime intervinha

---

<sup>9</sup> A Escola Positivista teve grande influência no médico legista brasileiro Nina Rodrigues, pioneiro na Antropologia no Brasil, enfatizando o biodeterminismo.



imediatamente em toda sociedade. Seria necessário considerar reincidente todo indivíduo que voltasse a delinquir, não importando os artigos do Código Penal infringidos ou o tempo decorrido entre os crimes.

O plano de reformas atingia também o sistema punitivo institucional, pois este deveria conter programas de ensino penitenciário, cursos de antropologia e psicologia criminal, obrigando os alunos a estagiarem em penitenciárias. Os juízes deveriam saber reconhecer o criminoso e classificá-lo segundo seu tipo. Por último, os positivistas lutavam pela implantação de asilos para a segregação perpétua de menores com tendências criminais e a instalação de instituições como os manicômios judiciários. Em suma, a finalidade da lei penal consistiria no combate do fenômeno social do crime em defesa da sociedade (MOLINA & GOMES, 1997).

O perfil de criminoso que se construiu, na época, indica explicitamente a maneira pela qual, a partir de certo momento, as modernas sociedades ocidentais passaram a não mais elaborar o critério de sua identidade tendo como referência grupos humanos culturalmente diferentes e que se localizavam em suas fronteiras. Começava a ser considerada uma espécie de “subsociedade”, que prosperava, agora, em seu próprio ambiente. As expressões “sociedade contra o crime” ou “o criminoso é um ser antissocial”, segundo Carrara (1998), demonstram justamente o processo através do qual o “outro” passa a habitar dentro do “nós”. Esse processo não só poderia justificar o intervencionismo destruidor junto a culturas não-ocidentais, como também a negação de qualquer direito aos delinquentes, transgressores e quaisquer indivíduos que questionassem as regras e valores da sociedade dita civilizada.

Pode-se citar, nesse passo, toda uma genealogia de grandes psiquiatras debruçados sobre a questão-mor do louco criminoso, desde Esquirol com suas ‘monomanias’, passando por Morel com seus ‘degenerados’, Charcot com suas ‘histéricas’ (...), até os atuais ‘pepezões’, ou ‘personalidades psicopáticas’, categoria com a qual a psiquiatria moderna lida sem definir muito claramente, a não ser para categorizar nela tudo o que existe de imoral, sádico, cruel e sacana na personalidade humana e que não pode ser explicado pelos padrões do tal homem médio, ‘ajustado’ aos padrões sociais (JACOBINA, 2003: 28).

## **A Medicalização do Crime no Brasil e o Manicômio Judiciário**

No Brasil, durante a Primeira República, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde em âmbito nacional. Oswaldo Cruz, pesquisador do Instituto Pasteur, implementou instituições públicas de higiene e saúde, utilizando o modelo de campanhas sanitárias, as quais se destinavam ao combate de epidemias urbanas; emergiu a intervenção médica nos corpos individuais e sociais.

Nesse clima de mudança e progresso na sociedade brasileira, com a influência do desenvolvimento científico a partir da segunda metade século XIX, a criminalidade tomou um novo viés teórico, com a Escola Biológico-Positivista, cujos teóricos buscavam estabelecer ligações do vício e do crime com a biologia e o meio social em que o indivíduo infrator se encontrava.

No decorrer da década de 1870, fortemente influenciadas pelos discursos dos alienistas franceses, surgem vozes dentre os médicos brasileiros que ecoam o pedido de criação, no curso de medicina, de um campo especializado no estudo da alienação mental. No dia 30 de junho de 1878, mais precisamente, o presidente da Academia Imperial de Medicina, Dr. José Pereira Rego, pronunciou um discurso em que reforçava a necessidade de estudos sobre a alienação. Como justificativa, utilizou a necessidade de avaliação, para a área jurídica, da presença ou ausência da alienação mental em criminosos, pois, como destaca Engel (2001: 16):

Se a responsabilidade de um fato criminoso é sempre uma questão grave, muito mais o é em face das presunções de ser o crime praticado por um louco; por isso que o desconhecimento dessa circunstância, por falta de convenientes pesquisas, pode dar lugar à imposição penal a homens que aparentem estar em condições normais da inteligência, mas que estão realmente loucos, e que, portanto, não podem ser responsáveis dos crimes e delitos que têm praticado, porque para sua execução não gozam de livre arbítrio.

A importância da criação de um curso de psiquiatria aparece na paisagem brasileira, portanto, aliada à necessidade de transformar o asilo em local de produção de saber sobre a loucura e de aprofundamento dos estudos sobre a avaliação da loucura. Segundo Machado

de Assis divertia-se, em *O Alienista*, mostrando que a psiquiatria ainda era uma área pouco conhecida.

O nosso médico mergulhou inteiramente no estudo e na prática da medicina. Foi então que um dos recantos desta lhe chamou especialmente a atenção, — o recanto psíquico, o exame de patologia cerebral. Não havia na colônia, e ainda no reino, uma só autoridade em semelhante matéria, mal explorada, ou quase inexplorada (ASSIS, 2002: 4).

Verifica-se, também, que a formalização da psiquiatria como área médica esteve intimamente vinculada à perspectiva de detectar a fronteira do território demarcado entre o crime e a loucura, assegurando o controle da avaliação pela área médica.

O poder legislativo aprovou a criação das cadeiras de psiquiatria no sétimo ano do curso de medicina, no decorrer da década de 1870. À medida que a psiquiatria se consolidava como saber especializado no Brasil, os estudos acerca das diversas formas de manifestação da loucura ganhavam espaço na academia médica.

Influenciados pela teoria da degeneração de Jacques Joseph Valentin Magman, a partir do início do século XX, os psiquiatras brasileiros se debruçaram sobre os limites da normalidade e anormalidade e suas classificações. Em 1904 foi publicado o primeiro manual de psiquiatria forense no Brasil, elaborado pelo psiquiatra paulista Francisco Franco da Rocha. Segundo sua formulação teórica, os indivíduos predispostos à loucura apresentavam um desvio que os inclinavam à alienação, tornando-se, portanto, possíveis degenerados; eram considerados fronteirços e por isso não podiam ser considerados normais, nem alienados.

O médico Nina Rodrigues (1899), fortemente influenciado pelas teorias deterministas e positivistas de Cesare Lombroso, afirmava que raças inferiores, como a dos negros, eram portadores de tendências natas à impulsividade, à imoralidade e ao crime. O mestiço, segundo sua linha teórica, resultava na degeneração da raça branca. Nessa perspectiva, a pureza das raças seria a solução para o controle da imoralidade e infrações no Brasil. A estrutura do aprisionamento emergiu como uma resposta ao anseio científico ligado à punição.

Um novo segmento social, tido como não trabalhador e subversivo da ordem social, passava a ser visto como obstáculo ao crescimento econômico. Os “insanos” internados nas Santas Casas de Misericórdia ou em Asilos sob sua administração, eram subdivididos em categorias como perigosos, criminosos, condenados e alienados comuns. Não recebiam qualquer tratamento médico, sendo, muitas vezes, acorrentados às camas quando se encontravam agitados (TUNDIS & COSTA, 1987: 31).

Partindo da teoria dos fronteirços e dos loucos criminosos, inicia-se um longo debate sobre a responsabilidade penal desses indivíduos no Brasil. A loucura, desde o surgimento do conceito de degenerescência, dissociou-se do delírio ou de qualquer outro sinal de fácil detecção e sua avaliação tornou-se cada vez mais um domínio do saber médico.

Vale notar que não se tratava apenas de ampliar as fronteiras da anormalidade, mas também e, talvez principalmente, de conferir exclusivamente aos especialistas a capacidade de identificar as ‘anomalias’ e julgar as implicações específicas de cada uma delas. Se existiam pessoas incapazes para os atos da vida civil sem serem loucas, havia também distúrbios mentais que não eram completamente incompatíveis com o exercício das responsabilidades civis. A competência de discernir e julgar caberia unicamente àqueles que detivessem as luzes dos conhecimentos da psiquiatria (ENGEL, 2001: 142).

Nessa época, o Código Penal vigente, de 1890, determinava que "*os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime*", como eram isentos de culpa, deveriam ser "... *entregues às suas famílias ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público*"<sup>10</sup>. Conforme a legislação – que será discutida detalhadamente no terceiro capítulo –, os loucos criminosos eram enviados aos hospitais de alienados. Tal procedimento desagradava os psiquiatras responsáveis pelas instituições, que alegavam não ter condições para receber esses pacientes. A preocupação de Teixeira Brandão com a separação dos loucos criminosos emergiu a partir da fuga de seu paciente Custódio, havia sido enviado ao Hospital Nacional para tratamento após ter cometido um assassinato. A fuga de Custódio causou certo *frisson* na imprensa carioca.

Esta afirmação é ratificada pelo relato do Dr. Teixeira Brandão:

---

<sup>10</sup> Código Penal de 1890, artigo 27, 28 e 29.

O avultado número de alienados criminosos e condenados alienados remetidos nestes últimos tempos para o Hospício Nacional, por ordem da autoridade superior, obriga-nos a solicitar providências do poder público no sentido de obstar a continuação desta prática e aprovar as medidas necessárias para a reclusão e tratamento desses enfermos. Com efeito, não dispondo a Assistência de pavilhões especiais onde os possa acomodar, nem pessoal em número suficiente para vigiá-los e impedir-lhes a violência, à administração não resta outro recurso senão sequestrá-los com os demais enfermos com prejuízo da ordem e da disciplina exigíveis em estabelecimentos dessa natureza (BRANDÃO *apud* CARRARA, 1998:150).

Tinham sido recolhidos ao velho Hospício da Várzea do Carmo quinze alienados criminosos, quando em 1895, o médico psiquiatra Francisco Franco da Rocha assumiu a direção dos serviços de “assistência a psicopatas” no Estado de São Paulo, imprimindo-lhes uma nova orientação, a científica. Observe-se que esses criminosos foram recolhidos juntamente com “doentes mentais não criminosos”. Os loucos criminosos foram, então, classificados pelo psiquiatra como: epilético, lipemânico (com idéia fixa de perseguição), portador de hemorragia cerebral e demência consecutiva, paranóico religioso e persecutório, louco moral e portador de delírio de perseguição (SILVA, 1935: 7). Segundo o psiquiatra Antonio Carlos Pacheco Silva, Franco da Rocha verificou os inconvenientes e as dificuldades dos criminosos viverem em comum com os demais doentes e por um tempo, procurou isolá-los em enfermarias separadas. Devido ao pequeno espaço, essa prática tornou-se difícil. Foi assim que o psiquiatra começou a se preocupar com a questão dos “psicopatas criminosos”, porém, mesmo com o nascimento do Hospital do Juquery, não foi possível inaugurar um local separado apenas com os “alienados criminosos”, estando internados juntamente com os loucos comuns, 65 condenados, 93 réus e 8 absolvidos (SILVA, 1935).

Dentre as justificativas para a criação de um Manicômio Judiciário constava a existência de *“alienados criminosos, a maioria dos quais autores de homicídio, outros antissociais, paranóicos e intoxicados, que oferecem perigo aos que são forçados a com eles conviver (médicos, enfermeiros, guardas, etc.)”* (SILVA, 1935: 14).

Segundo Teixeira Brandão, os alienados criminosos eram pacientes diferentes dos denominados loucos comuns, exigindo, portanto, outro tipo de atenção. Com essa constatação delineia-se, para tais indivíduos, uma nova “classe” biologicamente distinta dos

alienados, que lhes impõe a necessidade de segregação radical da sociedade e, também, dos outros loucos. Esses pacientes eram considerados perigosos e desordeiros da disciplina imposta na instituição, não podendo permanecer no Hospital Nacional. Assim, surge a demanda por uma instituição própria para os loucos infratores, tais como as que haviam sido erguidas, em 1850, nos Estados Unidos e, em 1863, na Inglaterra.

Em 1903 pelo decreto nº 1132, obrigou-se a construção de manicômios judiciários em todos os estados ou, em caso de impossibilidade, a delimitação de pavilhões especiais para loucos criminosos nos hospitais psiquiátricos. Foi a partir desse decreto que se instituiu a Seção Lombroso no Hospício Nacional, especialmente destinado ao recolhimento dos loucos criminosos. Contudo, após longas batalhas de Teixeira Brandão e, mais tarde, do Dr. Juliano Moreira, que adotou a causa do primeiro, em 1921 é criado o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, ficando o psiquiatra Heitor Carrilho encarregado de sua direção. Em 1925, Franco da Rocha publicou em *O Estado de S. Paulo* um artigo sob o título “Asilos Judiciários” – uma crítica à situação vivida pelos pacientes e um apelo para a criação de um Manicômio Judiciário.

Em dezembro de 1927, o catedrático em Medicina Legal da Faculdade de Direito de São Paulo professor Alcântara Machado, apresentou ao Congresso Estadual o projeto nº 3, de 1927, assim redigido:

**Projeto n° 3, de 1927,**

Cria o Manicômio Judiciário do Estado

O Congresso Legislativo do Estado de São Paulo decreta:

Art. 1°. É criado, anexo ao Hospital de Alienados de Juquery e subordinado à mesma administração desse estabelecimento, o Manicômio Judiciário do Estado.

Art. 2°. O Manicômio Judiciário se destina à internação e ao tratamento

I) dos detentos que apresentem perturbações mentais, antes ou depois da condenação;

II) dos insanos a que de refere o art. 29, última parte, do Código Penal.

Art. 3°. Nenhum paciente será internado no Manicômio, ou transferido para outro estabelecimento, ou restituído à liberdade, sinão em virtude de ordem escrita da autoridade judiciária à cuja disposição estiver.

Art. 4°. Os internados ficarão sujeitos a um regime consentâneo com o seu estado de saúde e com as necessidades da segurança social.

Parágrafo único. A qualquer tempo, mediante representação fundamentada do diretor do Manicômio, poderá a autoridade, ouvidos dois especialistas de sua escolha, autorizar a transferência do internado para uma secção do Hospital de Alienados.

Art. 5°. Fica o Govêno autorizado a contratar o pessoal necessário ao funcionamento do Manicômio, podendo dispender até a quantia de.....\$5000:000000 com a execução desta lei.

Silva (1935: 12), comentando o projeto, confirma que

É de primeira intuição que as medidas de segurança reclamadas pelo alienado criminoso, isto é, pelo que comete o crime em estado de insanidade mental, e pelo criminoso alienado, isto é, pelo que enlouquece depois de cometer o delito, devem ser, necessariamente, diversas das medidas de segurança requeridas pelo simplesmente criminoso e pelo simplesmente alienado. Para o simplesmente criminoso, a penitenciária.

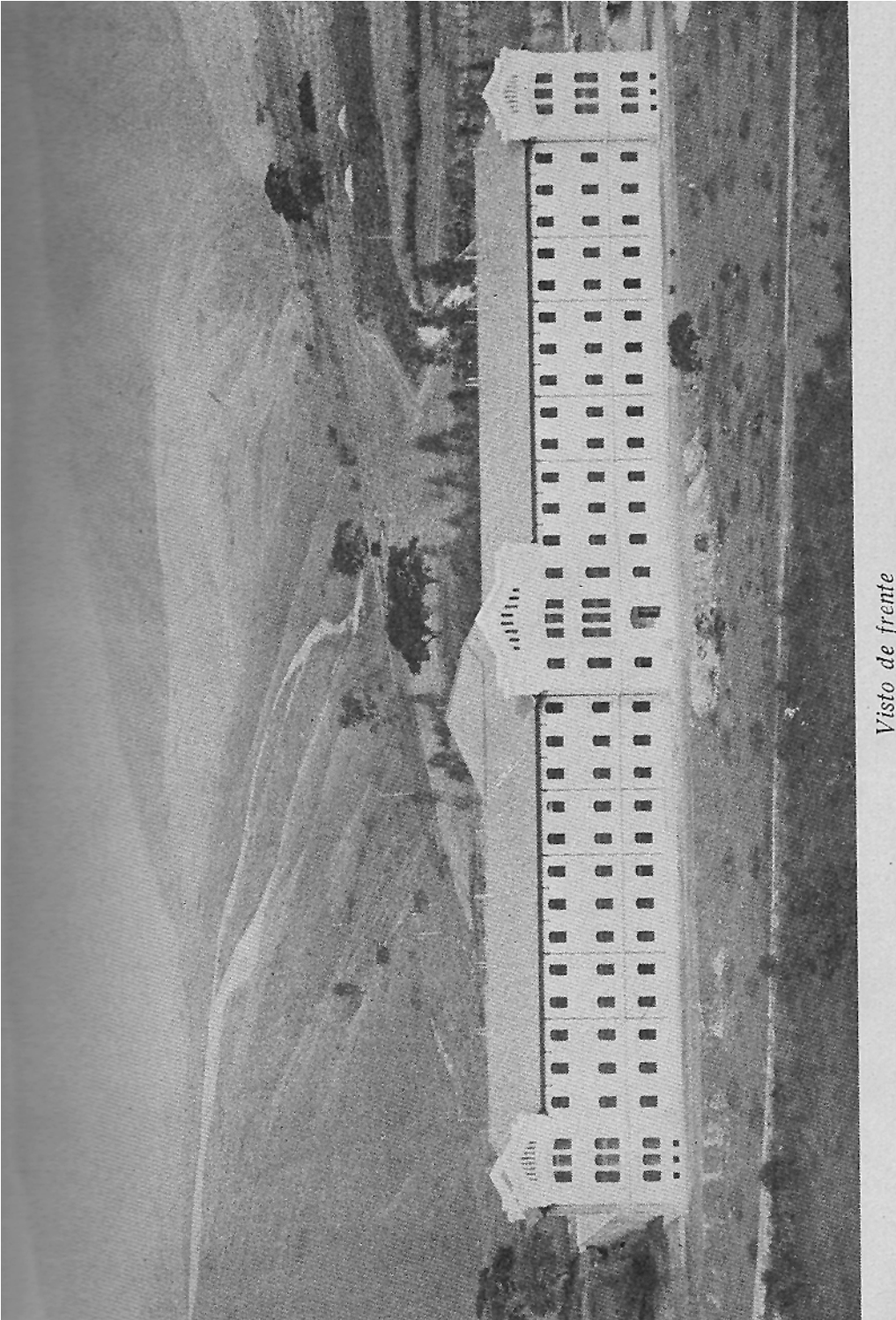
Para o simplesmente alienado, o hospital. Para o criminoso alienado e o alienado criminoso a solução tem que ser outra, evidentemente. Como submetê-los ao regime puramente penitenciário, quando são doentes? E como sujeitá-los ao regime puramente hospitalar, quando são criminosos?

Aprovado o projeto de construção do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, em 1927, iniciou-se sua construção em uma área de 185.000 metros quadrados, dentro do Parque do Hospital do Juquery, subordinado à Secretaria Estadual da Saúde, com uma arquitetura semelhante à de uma penitenciária.

O prédio, que leva a assinatura do arquiteto Ramos de Azevedo, consiste de um edifício monumental dividido em três pavimentos. A frente do prédio é dividida em duas alas simétricas e uma parte perpendicular formando um T, conforme a planta apresentada logo abaixo. Com uma arquitetura panóptica, as disposições dos guardas e porteiros permitiam uma visão completa dos três corredores. “*Tal disposição, adotada com êxito no Manicômio de Neustadt, em Holstein, permite a um guarda, postado no centro do ‘hall’, observar tudo quanto se passa nos corredores internos das três alas*” (SILVA, 1935: 23).

Com efeito, a resposta foi o Manicômio Judiciário (atual *Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima*), instalado no Complexo Hospitalar do Juquery, cujas obras foram finalmente concluídas em dezembro de 1933. O discurso que justificou a criação do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha era o de oferecer internação e tratamento para condenados que apresentassem sintomas de loucura. Enquanto internação é uma prisão, enquanto tratamento é um hospital psiquiátrico. A prisão deve privar o criminoso de liberdade com a condição de discipliná-lo, para que retorne à sociedade como um indivíduo corrigido; o hospital deve tratar o doente para que, curado, possa voltar à sociedade como um indivíduo sadio e normal.





*Visto de frente*

Fonte: SILVA, 1935.

Inaugurado em 1º de janeiro de 1934, o estabelecimento começou imediatamente a funcionar, tendo para lá sido transferidos os “*alienados criminosos e criminosos alienados*” que, até o momento encontravam-se internados em uma colônia no Hospital Central do Juquery. O novo departamento ficou subordinado à Diretoria Geral da Assistência a Psicopatas, sob a direção imediata do Dr. André Teixeira Lima.

Dessa maneira, os primeiros internos foram os 150 pacientes transferidos do Hospital Central do Juquery que ali estavam confinados e isolados. A descrição dos 5 primeiros internos possibilita visualizar um pouco, tanto a sociedade brasileira da época, como quem são as pessoas que compõem esse grupo de internos e qual a justificativa para sua exclusão:

- O paciente número 1 era um estrangeiro austríaco, de 21 anos, que trabalhava no Brasil como jardineiro e seu crime foi ter assassinado seu colega, a facadas, em uma noite de carnaval, após uma crise psicótica aguda.
- O segundo paciente era um lavrador, com 29 anos, que assassinou uma moça.
- Já o nome de um russo de meia idade era do terceiro interno, detido após matar a socos sua esposa.
- O quarto paciente foi internado após ter um surto psicótico e assaltar a casa de um cafeicultor.
- O quinto paciente foi internado por ter assassinado seu patrão com uma enxada, devido ao atraso de seu pagamento.

De acordo com o saber científico da época, a proposta terapêutica do manicômio estava fortemente influenciada pela Escola Italiana de Cesare Lombroso, que prediz que os indivíduos não têm controle sobre suas ações, uma vez que estas são determinadas por fatores biológicos e genéticos. O plano de trabalho da instituição previa o cumprimento de medida de segurança – de um a três anos, com a possibilidade de renovação – para os criminosos considerados inimputáveis ou semi-inimputáveis de ambos os sexos. Também previa a realização de exames de insanidade mental nos indiciados, réus e sentenciados que viessem a sofrer distúrbios psiquiátricos enquanto estivessem cumprindo penas nas

penitenciárias do Estado de São Paulo. Contudo, esse plano não foi colocado em prática, pois os prontuários dos pacientes ficaram perdidos por anos, sem que os médicos soubessem, sequer os nomes dos internos. Quando foram encontrados, em um velho móvel no Hospital do Juquery, estavam amarelados pelo passar dos anos. Segundo Tavoraro (2002: 30-31)

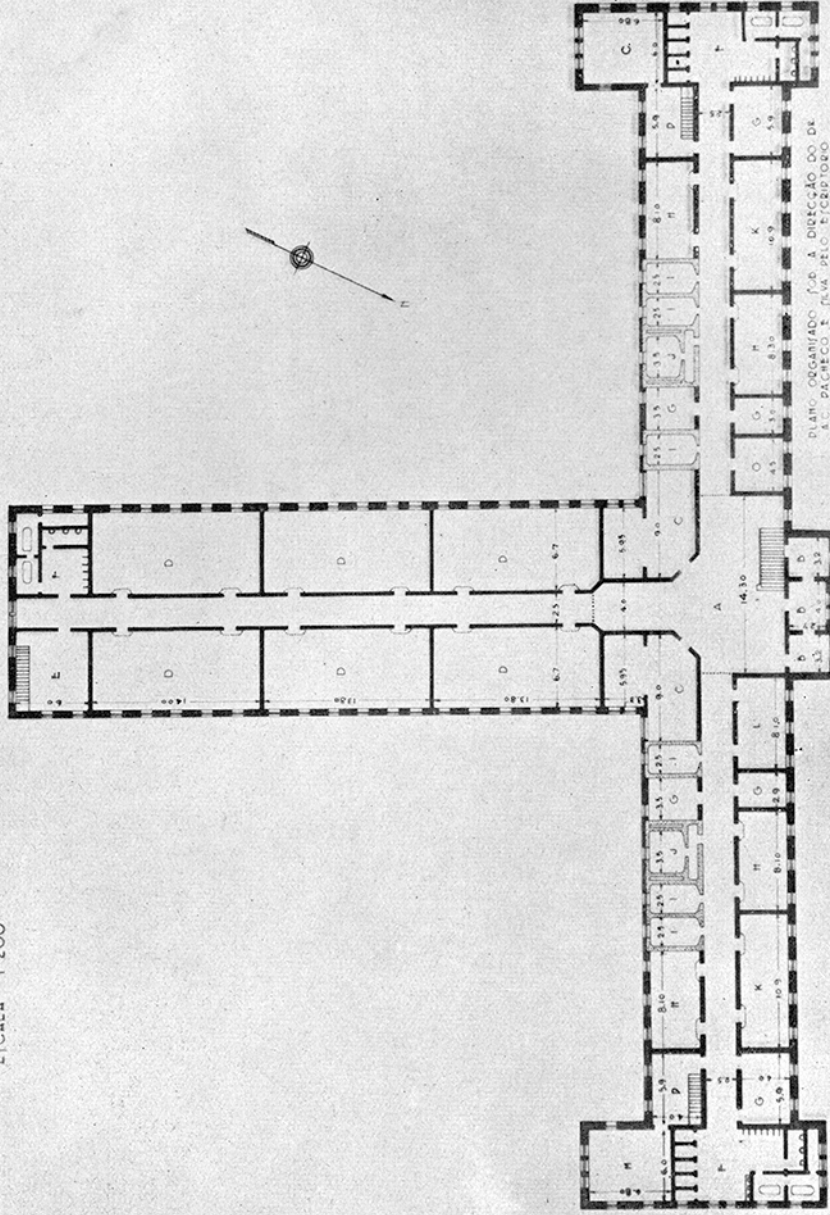
Nem mesmo a Coordenadoria dos Estabelecimentos penitenciários do Estado de São Paulo (COESPE), órgão responsável pela preservação da memória do sistema penitenciário prisional, obtinha informações referentes ao assunto.

Por abrigar doentes mentais considerados violentos e perigosos, o antigo Manicômio Judiciário possuía uma estrutura de presídio de segurança máxima, no qual todos os espaços podiam ser vigiados. O prédio central era composto de três andares: o primeiro tinha por finalidade cuidar da administração; o segundo abrigava celas fortes individuais e, por fim, o terceiro, celas coletivas. O pátio central era rodeado por altos muros e duas torres de vigilância, tal como as prisões.

No andar térreo, encontravam-se as salas de administração do prédio que eram separadas das alas dos internos por uma grade de ferro situada na porta do corredor. O hall, também, ficava isolado dos corredores centrais por grades que davam acesso ao andar superior por escada lateral. Na ala direita também se encontravam os refeitórios e os banheiros para os técnicos administrativos, bem como um depósito, os dormitórios para os enfermeiros e dez celas para pacientes em observação. No andar térreo da ala esquerda do prédio situavam-se salas para “exames clínicos e curativos”; também, foram instalados dormitórios e banheiros para funcionários, dez celas para internos em observação e refeitórios para os mesmos.



MANICOMIO JUDICIAIZO  
DO EJTADO DE JAO DAULO  
PLANTA DO 1.º e 2.º ANDAR. I  
Escala 1:200



PLANO ORGANIZADO SOB A DIRECCAO DO DR.  
A. C. PACHECO E SILVA PELO ARCHITECTO  
TECNICO DO HOSPITAL DE AGUIRES

LEGENDA :

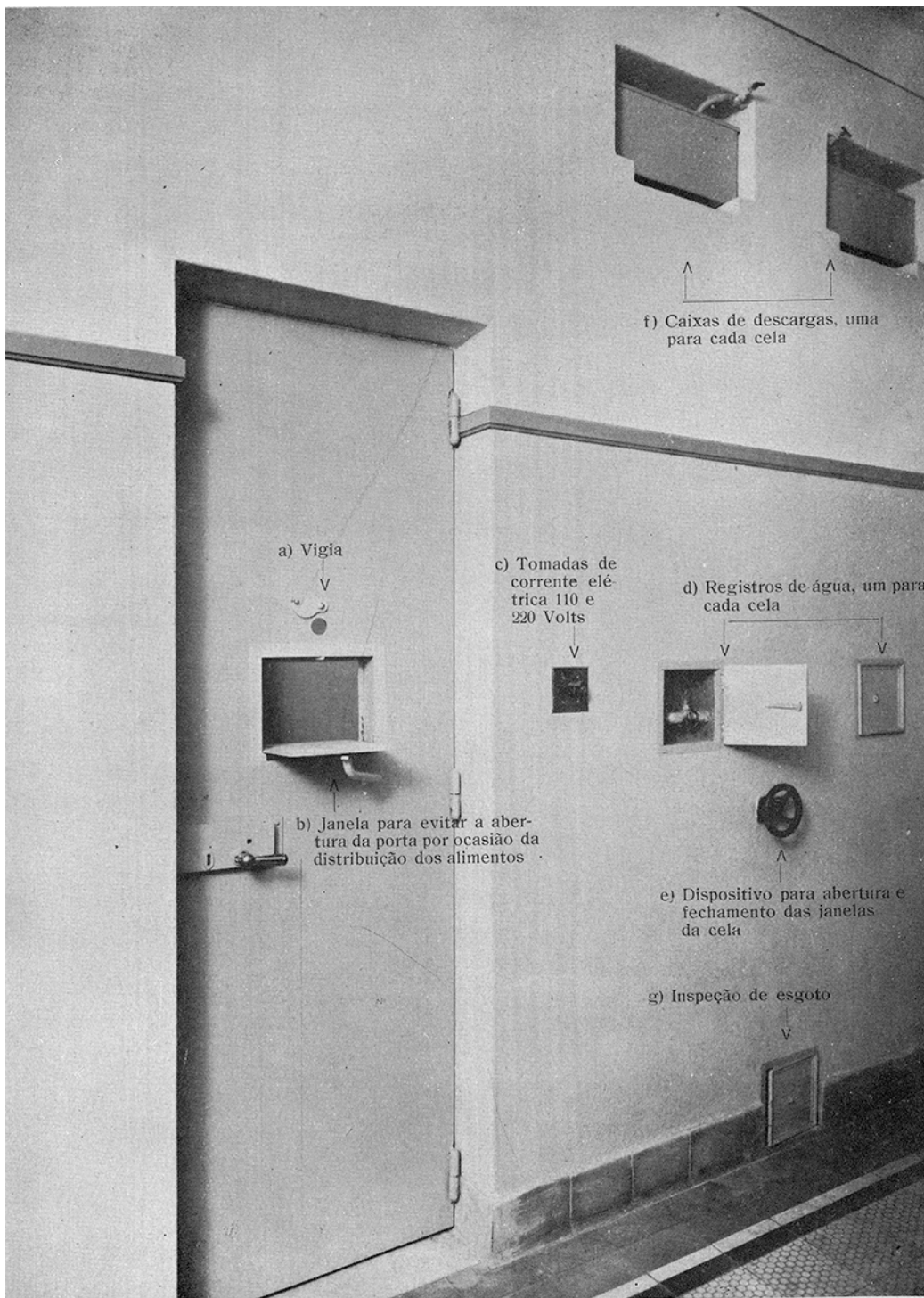
- A — "Hall"
- B — Salas de leitura
- C — Salas de trabalho
- D — Dormitórios para doentes calmos com capacidade de 16 leitos cada um
- E — Sala de "Toilette"
- F — Instalações sanitárias
- G — Quartos para guardas
- H — Dormitórios com capacidade de 5 leitos cada um
- I — Celas para doentes em observação
- J — Celas surdas
- K — Dormitórios com capacidade de 7 leitos
- L — Almoxarifado
- M — Rouparia

Planta dos 1.º e 2.º andares

As disposições do hall do andar superior igualam-se às do andar térreo. Em cada um dos corredores, igualmente, no topo da escada foram alojadas portas gradeadas de ferro. Os dormitórios instalados no corredor central tinham capacidade para cinco ou sete internos cada um. Encontravam-se nesse mesmo andar, celas à prova de barulho, destinadas a pacientes considerados perigosos. Os dormitórios para guardas, os banheiros para os técnicos, os depósitos e as bibliotecas situavam-se exatamente nos mesmos planos do andar inferior. No fundo do prédio encontravam-se a cozinha, a lavanderia e o almoxarifado.

*“Todas as janelas são gradeadas e sua abertura e fechamento são reguladas por dispositivos mecânicos especiais, que possibilitam aos guardas, postados nos corredores, movimentar as vidraças sem que tenham necessidade de penetrar nas celas”* (SILVA, 1935: 25). As portas das celas são gradeadas e dispostas em semicírculo, invadindo 40 centímetros do interior dos dormitórios, detalhe que permitia que os guardas, durante a ronda, observassem tudo o que se passava no interior dos dormitórios. No interior de cada um dos corredores foi instalado um botão elétrico. Se acionado, soava uma campainha na portaria, indicando o local de onde vinha o chamado.

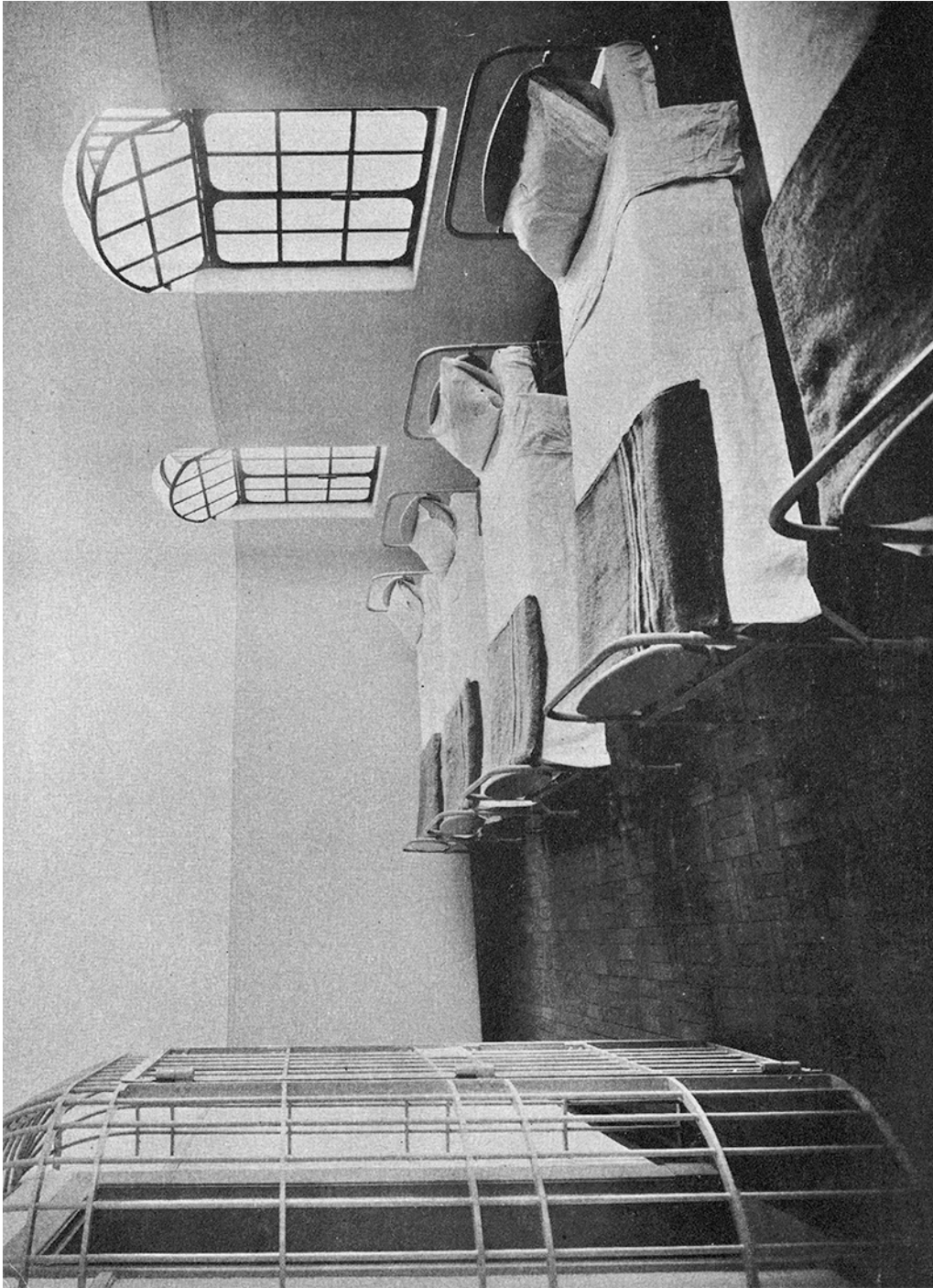




Porta de entrada de uma cela

Fonte:

SILVA, 1935.



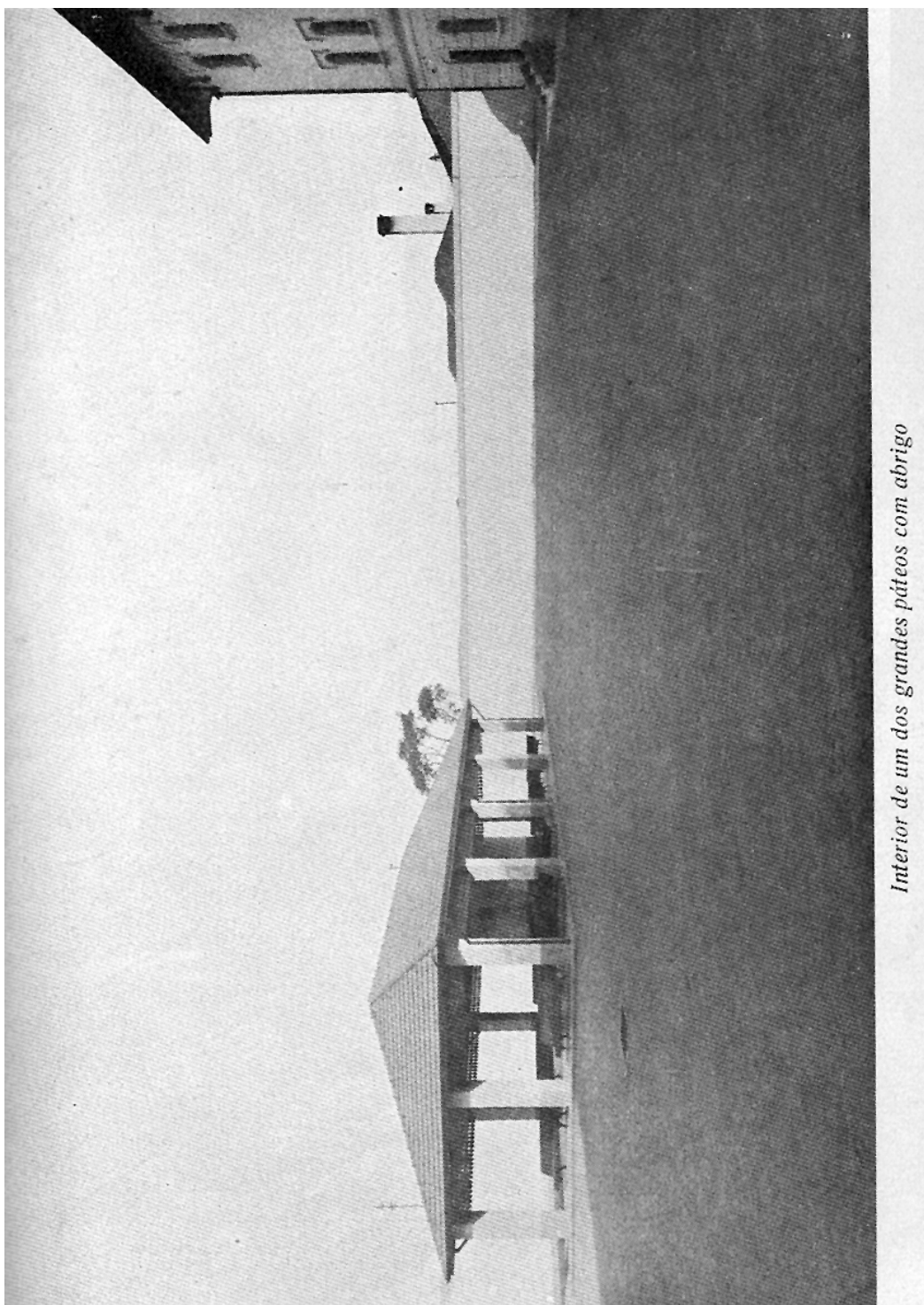
*Detalhe da porta gradeada disposta em semicírculo, de forma a permitir ao guarda, sem se expor, observar todo o interior do dormitório.*

Fonte: SILVA, 1935.

Na área externa foram construídos quatro pátios que, junto aos dois principais formavam um espaço de 2.346 metros quadrados, com instalações sanitárias e uma parte coberta. Os dois pátios menores, com um total de 630 metros quadrados cada, eram destinados aos



doentes mentais em observação. O prédio era circundado por muros de 4 metros de altura, objetivando evitar fugas.



*Interior de um dos grandes pátios com abrigo*

Fonte: SILVA, 1935.

Por dez anos, o Manicômio Judiciário abrigou em suas instalações apenas homens, deixando as mulheres, diagnosticadas doentes mentais e em dívidas com a Justiça, a cargo do Hospital Psiquiátrico do Juquery. Apenas em 1943, foi instalada uma colônia exclusiva para mulheres e realizada a transferência das pacientes das mais variadas idades. Dentre os crimes cometidos, destacavam-se os assassinatos de maridos, filhos e conhecidos.

A família é moralmente um núcleo sagrado, um “porto seguro” que deve ser preservado. Como um indivíduo comete um crime contra sua própria família ou mesmo contra uma inocente criança? Para a sociedade, nenhum indivíduo em sua consciência poderia ferir esse núcleo. Infanticídio, parricídio, matricídio, estupro, pedofilia, mulheres que matam maridos e homens que matam esposas são atos considerados moralmente inaceitáveis para a sociedade. Esses indivíduos são considerados o expurgo da sociedade, exilados em manicômios judiciários ou prisões, visto que sua presença abala a ordem moral estabelecida, que não pode ser modificada : a tragédia grega acabou reduzida a um drama burguês.

A partir da década de 1950, ocorreram inúmeras denúncias sobre a situação dos pacientes internos no Complexo Hospitalar do Juquery e foi criada uma Comissão de Inquérito composta por deputados da Assembléia Legislativa de São Paulo. Entretanto, o único setor do complexo que foi aprovado por tal Comissão foi o Manicômio Judiciário, como atesta notícia publicada no jornal Diário de São Paulo, em 5/5/1951: *“Unânime é (...) a opinião elogiosa de todos os informantes sobre a situação do Manicômio Judiciário”*.

Apesar desses elogios da Comissão, foram muitos os momentos de sua história em que este Manicômio Judiciário foi considerado “em situação calamitosa”. Um ano antes do golpe militar de 1964, por exemplo, a situação no Complexo Psiquiátrico do Juquery encontrava-se em situação caótica: seus 12.923 pacientes internados no complexo contavam com 76 médicos no Hospital Central e 12 nas colônias do Manicômio Judiciário.

Posteriormente, após o golpe militar e sob a égide da Doutrina de Segurança Nacional, o Manicômio de Franco da Rocha tornou-se um importante instrumento de repressão política, apoiado em um programa para a sociedade brasileira. Deve-se destacar que nele não estava incluso nenhum projeto de política de saúde mental específica: pretendia-se, simplesmente,

atingir todos os aspectos da vida coletiva e todas as decisões políticas do país, a partir de princípios que viam o Ocidente como ideal, a ciência como instrumento de ação e o cristianismo como paradigma ético.

Nessa perspectiva, o Manicômio Judiciário foi utilizado para fins prisionais segundo interesses do então regime político vigente, a ponto de se tornar um depósito de loucos em meio à miséria e ao esquecimento. A superlotação passou a fazer parte da instituição no momento em que começou a ser utilizada pelos militares como local de internação de quem resistisse ao projeto de sociedade ou discordasse do regime, transformando-se em uma verdadeira prisão de presos políticos, doentes mentais e outros indesejados. “*Assim, aqueles mesmos 420 leitos criados na época da inauguração passaram a acolher até 1.800 pessoas*” (TAVOLARO, 2002: 44). Há relatos de casos em que militantes eram usados como cobaias para experimentos psiquiátricos, criando-se o estigma de campo de concentração da ditadura militar.

Evidencia-se, aqui, que enquanto os representantes do poder praticavam um discurso de ordem e moralidade social, a instituição analisada era utilizada somente como prisão/depósito, um instrumento de violência e de tortura para a quebra, subjugação e assujeitamento dos indivíduos indisciplinados. Ao mesmo tempo em que esse aparato de vigilância social encaminhava pessoas para a internação no manicômio com a justificativa de que necessitavam de um atendimento de saúde mental, essa mesma burocracia estatal não fornecia condição à instituição para que os recursos humanos contratados dessem conta de tal tarefa. Registra-se, por exemplo, que em 1965, apenas 7 médicos eram responsáveis por 1.300 pacientes e o laudo dos exames médicos de todos os internos era o mesmo, a saber: esquizofrenia paranóide. Por ser este o quadro clínico mais comum encontrado nos pacientes internados em Manicômios Judiciários, não havia contestação dos diagnósticos.

Na década de 1970, acirrou-se a utilização do manicômio pelo governo militar na internação de vários de seus opositores políticos. Uma comissão de parlamentares, formada em 1991, recebeu anonimamente arquivos que comprovaram a internação de vários militantes que sofreram maus-tratos e torturas na instituição. Dentre os relatos, há a história de um preso político que foi assassinado e enterrado no cemitério do Hospital Psiquiátrico

do Juquery, localizado a poucos quilômetros no Manicômio. Tais denúncias chegaram à imprensa, mesmo sem comprovação oficial:

Desde 24 de abril, quando foi feita denúncia contra o Manicômio Judiciário e o Complexo Hospitalar do Juquery, surgiram indícios sobre o possível sepultamento de desaparecidos políticos no cemitério do complexo. (...) Numa rápida visita realizada no local, constatou-se que a maior parte dos livros de registros de óbitos foi destruída por um incêndio em 14 de agosto de 1978 (DIÁRIO POPULAR, 7 de junho de 1991).

Há, até hoje, divergências quanto à quantidade de militantes políticos de esquerda aprisionados no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. Segundo declaração do diretor da época, Paulo Fratetti, apenas quatro presos políticos, enquadrados na Lei de Segurança Nacional, cumpriram a pena no Manicômio Judiciário. De acordo com Tavolaro (2002), o prontuário de A. C. M. F., na época com 30 anos, confirma sua entrada no manicômio em 14 de setembro de 1972. Estudante de geologia da Universidade de São Paulo, pertencia ao grupo da Vanguarda Armada Revolucionária (VRP). Diagnosticado como esquizofrênico, ficou internado por quatro anos e três meses. D. S. D. foi internado em 15 de agosto de 1970 por possuir idéias suicidas. J. A. C, membro do grupo de Carlos Marighella, deu entrada em fevereiro de 1971. A. M. B., enterrado de forma irregular no cemitério do Juquery, foi encaminhado ao Manicômio Judiciário em 5 de fevereiro de 1968, falecendo no mesmo dia.

Os prontuários desses pacientes foram encontrados por uma comissão que, na mesma época, localizou mais de mil ossadas em um cemitério clandestino de Perus, distante apenas treze quilômetros da instituição. Acredita-se, sem comprovação oficial, que ele era utilizado pelo Hospital Psiquiátrico do Juquery e pelo Manicômio Judiciário para livrar-se dos corpos de pacientes, cujas mortes, por algum motivo não revelado, não podiam ser declaradas.

Dentre os pacientes e presos políticos que tiveram sua vida recolhida ao manicômio, encontra-se A. G. J., acusado de crime contra a segurança nacional. Foi internado em outubro de 1971, após ser considerado esquizofrênico. Líder messiânico na cidade de Rubineia, alegava ter visões proféticas e militava contra a construção da hidrelétrica na cidade de Ilha Solteira, acreditando que esta traria mais fome e pobreza para a população

local que sobrevivia da pesca de da plantação. O paciente deixou a instituição após oito anos de internação, devido à denúncia da Comissão Arquidiocesana dos Direitos Humanos, que solicitou a revisão do caso. Perante a mesma comissão de deputados que encontrou os prontuários, ele afirmou reconhecer as fotografias de vários desaparecidos políticos. Afirma não saber o posicionamento político dos reconhecidos, mas, sim, ter convivido com eles durante sua estada no manicômio (TAVOLARO, 2002).

Dentre os tratamentos a que eram submetidos os internos, encontram-se a *malaria* e a *traumoterapia*. A primeira consistia na inoculação do vírus da malária no paciente para que, através da febre e de tremores, surgisse a cura. A segunda, criada pelo próprio psiquiatra Franco da Rocha, baseava-se em terapias ligadas à violência corporal como pancadas em determinadas partes do corpo, jatos de água, choques, dentre outras.

A indisciplina dos internos era rigorosamente punida com altas doses de remédios. Dentre eles, os neurolépticos eram usados para acalmar os pacientes agitados. De efeito sedativo, tais substâncias foram utilizadas para o tratamento dos chamados psicóticos, principalmente os esquizofrênicos. Dentre os efeitos colaterais, causados pelo excesso de uso, encontram-se tremores, movimentos involuntários, rigidez dos membros e músculos, diminuição das respostas emocionais e apatia. A droga mais temida pelos pacientes era o famoso “sossegaleão”, ou seja, a Escopolamina. O medicamento impede a passagem de determinados impulsos nervosos ao sistema nervoso central. Por ser altamente tóxica, seu uso abusivo pode provocar delírios, paralisia e até mesmo a morte do paciente. Dentre seus efeitos estão a secura das mucosas da boca e da narina, constipação intestinal, taquicardia e diminuição da pressão arterial.

A eletroconvulsoterapia, mais conhecida por eletrochoque, era uma terapia muito utilizada nos pacientes do manicômio judiciário. De acordo com Tavolaro (2002), ela era realizada em uma pequena sala, à prova de som, no segundo andar do prédio. Esse procedimento surgiu nos anos 1930 e continua sendo usado até os dias de hoje. O tratamento consiste na aplicação de uma carga elétrica – entre 70 e 130 volts – no cérebro do paciente provocando uma convulsão. É, geralmente, utilizado em casos de depressão, psicose e transtorno bipolar. Dentre seus efeitos colaterais encontram-se a dor de cabeça, alteração lógica do pensamento e da memória.

Os pacientes viviam abandonados nos pátios, em péssimas condições de higiene, dopados e sem consciência de seus atos. Por não haver leitos suficientes para todos os internos, muitos dormiam no chão de cimento, improvisando um colchão com capim. Havia até mesmo pacientes dormindo junto a privadas sanitárias. Os pacientes amontoavam-se para receber a comida, que era despejada em buracos abertos no chão. Sem atendimento ou com o que se entreter, a rotina dos pacientes resumia-se a passar o dia no chão do pátio central.

Muitos deles não tinham consciência do próprio corpo, e cenas grotescas, como centenas de pacientes zanzando nus pelos pavilhões, transformaram-se em rotina. Higiene simplesmente não existia. A maioria defecava em público, no mesmo chão dividido por todos. Os doentes chegavam a comer as fezes que se acumulavam pelo pátio. Um esgoto a céu aberto atravessava o manicômio e, na água podre que corria, vários internos encontravam a maneira mais fácil de aplacar a sede (TAVOLARO, 2002: 46).

Devido as más condições de infra-estrutura somadas aos maus tratos, houve um aumento significativo de falecimentos de pacientes nessa época. As causas mais comuns eram fome, frio, diarreia e doenças infectocontagiosas. Segundo Tavolaro, ocorreram milhares de mortes em pouco mais de vinte anos. Os corpos eram doados para as faculdades de medicina de São Paulo. *“Eram tantos lotes de peças anatômicas que, em determinado momento, as escolas ficaram abarrotadas de cadáveres”* (Idem, 2002: 47).

Em 1977 reiniciaram-se as visitas da Comissão Parlamentar de Inquérito para averiguar inadequações nos tratamentos de pacientes psiquiátricos no Complexo Hospitalar do Juquery. Como noticiado pelo jornal *O Estado de São Paulo*, a equipe dos deputados, juntamente com o então coordenador da Saúde Mental, Rafael Alvarenga, detectaram que:

grande parte dos 1208 pacientes do Manicômio Judiciário do Hospital Franco da Rocha estão lá há mais de 15 anos. E muitos deles passam meses sem ver médicos, enquanto já poderiam estar em liberdade, se os laudos de reavaliação do estado não estivessem tão atrasados (O ESTADO DE S. PAULO, 21/09/1977).

Segundo o então diretor Roberto Belelli, o manicômio contava com apenas quatro médicos psiquiatras que se dedicavam a funções administrativas, como organizar os laudos de avaliação psiquiátrica, não conseguindo, portanto, acompanhar os pacientes.

Na tentativa de explicar a situação encontrada, o coordenador de saúde mental afirmou:

O problema do Manicômio Judiciário, a Coordenadoria de Saúde Mental não sabe como resolver. Ela é responsável apenas por sua administração e tratamento dos doentes, cabendo ao juiz corregedor a decisão final sobre os pacientes (Idem).

Sete meses após a visita da CPI do Complexo Hospitalar do Juquery, o então juiz Renato Laércio Tralli, corregedor dos presídios e da Polícia Judiciária do Estado, afirmou ao jornal *O Estado de S. Paulo*, em 25 de abril de 1978, que “a situação do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha é calamitosa e caminha a passos largos para o caos”. Nessa época, a instituição apresentava excesso de lotação de 313 leitos – 296 homens e 17 mulheres –, sendo que 90 internos estavam com a medida de segurança vencida e 370 laudos estavam atrasados para a elaboração.

Segundo a Dra. Olga, ex-diretora do HCTP I, que o dirigiu por, aproximadamente, 13 anos, no início de seu trabalho, a instituição passava por um período muito conturbado de sua história. Ela afirmou:

Quando cheguei, o manicômio estava sob intervenção da corregedoria dos presídios. Havia uma superlotação, não havia profissionais suficientes da área da saúde, então era um verdadeiro depósito de gente. Os pacientes não eram atendidos e ficavam esperando até a hora de conseguirem ir embora de lá.

No ano de sua entrada, o então juiz corregedor Renato Tralli tinha realizado visitas à instituição e denunciado o total abandono em que se encontravam os internos, afirmando que a instituição se igualava às piores prisões existentes. Posto isso, o juiz questionou os laudos psiquiátricos apresentados: solicitou revisão de diagnósticos, o que provocou a transferência de 505 pacientes para o regime de liberdade vigiada no Hospital Central do Juquery, sendo que destes, apenas quatro reincidiram, retornando ao Manicômio (PERCIVAL DE SOUZA, *JORNAL DA TARDE*, 19/09/79).

O atendimento oferecido aos doentes ao longo de sua história e a internação de presos políticos evidenciam que a instituição não atingiu sua meta de prisão disciplinadora ou de hospital curativo. Seu papel, nesse período, foi apenas de um local para onde a sociedade pôde enviar todos os indivíduos indesejados ou temidos, por motivos políticos ou não. Essa

ação de exclusão foi, sempre, legitimada pela instituição, pois sua existência está apoiada numa legislação penal que utiliza conceitos “jurídicos e médicos”, tais como: periculosidade presumida, medida de segurança, imputabilidade.

## **Resistência**

Deleuze e Guatarri (1997a) mostraram que a vida está por todos os lugares, em todos os momentos que atravessam o sujeito vivo; é intensidade que se desdobra em potências por meio das eternas forças produtivas e contínua capacidade de criar e recriar momentos, coisas, movimentos e singularidades. A vida é o devir de diferenças livres e contradições que revelam as linhas de fugas, territorializações e, conseqüentemente, desterritorializações (DELEUZE & GUATARRI, 1997b). A vida reúne diversas formas de existência e maneiras de se colocar por meio da potência do corpo, que, constantemente, são capturadas em prol da homogeneização do comportamento. O corpo, como expõe Nietzsche (2007), é uma unidade orgânica formada por conjuntos de impulsos, sendo a vida uma luta constante destes visando ao aumento de suas potências.

Nietzsche (2006a) constata, em *A genealogia da moral*, que o homem, para viver em sociedade, anulou a força e a potência de seu corpo.

esses semianimais adaptados de modo feliz à natureza selvagem, à vida errante, à guerra, à aventura – subitamente seus instintos ficaram sem valor (...) nesse novo mundo não mais possuíam os seus velhos guias, os impulsos reguladores e inconscientemente certos – estavam reduzidos, os infelizes, a pensar, inferir, calcular, combinar causas e efeitos, reduzidos à sua ‘consciência’, ao seu órgão mais frágil e mais falível! (NIETZSCHE, 2006a: 72-73).

Nessa perspectiva, a consciência, a tradição cristã e a ciência moderna foram ferramentas utilizadas para dominar e moldar o corpo do homem, descaracterizando-o de sua natureza e de seus instintos. A primeira foi um mecanismo criado para filtrar as paixões e o instinto do homem. A segunda, através da disseminação da moral cristã, domesticou a maldade e levou ao homem o sentimento de culpa. Por fim, a terceira, transformou o corpo em uma máquina de produção racional. O processo civilizatório é a decadência do animal homem nietzschiano, transformando-o em homens de rebanho: dóceis, obedientes e medíocres.



Ademais, a domesticação é definida, por Nietzsche, como o enfraquecimento do homem devido ao afastamento de seus instintos naturais, ou seja, dos impulsos (FREZZATTI JÚNIOR, 2006).

Todos os instintos que não se descarregam para fora voltam-se para dentro – isto é o que eu chamo de interiorização do homem: é assim que no homem cresce o que depois se denomina sua ‘alma’. Todo o mundo interior, originalmente delgado, como que entre duas membranas, foi se expandindo, adquirindo profundidade, largura e altura, na medida em que o homem foi inibido em sua descarga para fora (NIETZSCHE, 2006a: 73).

Nesta passagem, Nietzsche (2006a) expõe o paradoxo de inibição e repressão dos instintos de liberdade do homem. Esse processo de bloqueio ou deslocamento dos instintos e impulsos desencadeia o que o autor chamou de “*má consciência*”. O homem moderno e domesticado é movido por sua vontade de potência transformada em tormento e culpa.

A missão de domesticar os instintos no homem implicaria torná-lo homogêneo através da uniformização dos costumes, mesmo que seja necessário o rigor das leis e o derramamento de sangue. A moral racionalista nasceu para libertar o ser humano de seus vícios e paixões, por meio da instituição de valores que controlassem seus impulsos, tornando-os prisioneiros dóceis da hipocrisia da moral vigente. Através da renúncia à moral cristã, ao ascetismo e ao sentimento de culpa, o homem poderia iniciar o reencontro com sua liberdade.

(...) quase em toda parte é a loucura que aplanar o caminho da idéia nova, que levanta a proibição de um costume, de uma superstição venerada. (...) a todos esses homens superiores, impelidos irresistivelmente a romper o jugo de uma moralidade qualquer e a proclamar leis novas, não tiveram outra solução, se não eram realmente loucos, que se tornarem loucos ou simular a loucura. – Isso vale para todos os inovadores em todos os domínios e não somente naqueles das instituições sacerdotais e políticas: – até mesmo o inventor da métrica poética teve de se impor por meio da loucura (NIETZSCHE, 2007: 31).

A loucura por si só é uma forma de vida, uma maneira singular de fuga das amarras da homogeneização da existência através do “*lançar-se ao caos*”, como meio de fuga da

domesticação dos instintos. Nietzsche (2006b) expõe, em *Além do Bem e do Mal*, que os criadores das denominadas “*culturas superiores*” são os homens que fugiram das amarras da domesticação da civilização, que conservam os seus instintos naturais e se entregam aos impulsos. No entanto, a psiquiatria emerge como um mapeamento do cérebro e da potência criativa e nômade da mente. Ela aprisiona a loucura em suas amarras da terapêutica alienista com a legitimação do poder disciplinar dos manicômios.

O poder disciplinar, com efeito, não tem acesso à vida como um todo, há sempre algo que resiste à sua formatação e ao aprisionamento. Neste sentido, cabe relembrar que, segundo Foucault (2005), onde há relação de poder, há resistências que podem ser encaradas criação e transformação do *status quo* do assujeitamento. Em relação à população da instituição analisada – o Manicômio Judiciário –, qualquer resistência iniciou-se antes de sua internação, que ocorreu, justamente, devido a alguma transgressão em relação às normas sociais. Por essa razão, a sociedade considerou esses indivíduos perigosos para o convívio social, excluindo-os de seu meio e submetendo-os a um rígido regime de vigilância e adestramento.

A história do Manicômio Judiciário mostra que se, de um lado, esta instituição possui o poder disciplinar de subjugar os corpos dos internos por agenciamentos ditos terapêuticos, de outro, também enfrenta a sua resistência na luta contra este mesmo poder disciplinar. A vida é composta por potencialidade, mescla linhas de fugas que deslizam pelos vetores e perpassam todo o campo social, inclusive dentro das instituições disciplinares. Os internos, denominados pela sociedade como loucos criminosos, criam suas próprias linhas de fuga do poder disciplinar.

É sob esse aspecto que são aqui analisados dois eventos ocorridos no período pesquisado. Esses eventos são:

- a. *A luta pela liberdade*, em 1983, que por sua intensidade e repercussão, extrapolou os muros da prisão e atingiu discussão, dimensão e significado político;

- b. O outro fato poder-se-ia chamar *A luta pela voz*, em 1991: essa ação, mesmo tímida e pequena, carregou em seu objetivo o interesse por se fazer conhecer e ouvir; e procurou, desse modo, atingir a opinião pública da sociedade que os havia separado.

Deve ser ressaltada a escassez de material das fontes de dados consultadas, o que, evidentemente, dificultou uma análise mais acurada. Mesmo assim, ambos os acontecimentos são relevantes e são relatados a seguir, embora, para isto, tenha sido preciso empreender esforço redobrado para proceder a análise requerida.

#### **A. A Resistência em 1983 – *A luta pela liberdade***

Deve ser mencionado que as modificações que ocorreram no Manicômio durante a redemocratização do país ocorreram de forma antagônica, pois concomitante a uma abertura institucional, segundo os profissionais da instituição, houve também uma certa alteração nos propósitos dessa abertura, pendendo novamente para o foco prisional e caindo mais uma vez no esquecimento e no descaso para com os internos. A instituição, naquele momento, passou a ser utilizada para desafogar as penitenciárias do Estado.

Na década de 1980, a superlotação do Manicômio Judiciário continuava a preocupar os funcionários. Muitos presos comuns – considerados imputáveis – que cumpriam penas em lotadas penitenciárias do Estado de São Paulo, eram encaminhados ao Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, com os mais diversos laudos psiquiátricos. O total de vagas do Manicômio Judiciário era de 520, sendo 450 masculinas e 70 femininas. Nessa época, havia 633 internos masculinos, evidenciando, portanto, um excesso de 183 homens.

Em setembro de 1982, segundo Passetti (1985), havia 118 internos sentenciados, que deveriam cumprir penas nas prisões, mas que foram transferidos para o Manicômio Judiciário, com a justificativa de que haviam enlouquecido. Essa situação, evidentemente, os revoltava.

Estes – sentenciados – são os que questionaram a ordem das prisões: normas explícitas ou implícitas para a sobrevivência, através de atos considerados violentos, que podem ir desde a agressão verbal e /ou física de uma autoridade do presídio até morte de companheiro, tentativa de fuga etc. (PASSETTI, 1985: 112).

No dia 9 de janeiro de 1983, às 19h30, seis detentos transferidos da Casa de Detenção e da Penitenciária do Estado tentaram fugir do Manicômio Judiciário. Após serrar as grades da enfermaria e se instalar na ala B do segundo andar com outros 22 internos, fizeram o atendente J. C. B., que anunciou a tentativa de fuga, e J. A. B., como reféns. Contudo, o vigia, que percebeu a movimentação, fechou a portaria, acionou o alarme e abandonou o local. As negociações duraram uma hora e meia. Os internos solicitaram uma caminhonete Veraneio com tanque cheio para a fuga, mas conseguiram um Opala, que não chegou a ser utilizado.

Segundo o então delegado, vários policiais participaram das negociações, mas foram os policiais da Rota que colocaram um fim à rebelião. Os policiais militares, alegando terem visto um golpe de estilete no pescoço de um dos reféns, entraram no prédio atirando nos pacientes. Os seis internos que tentavam a fuga e o refém J. A. B. morreram devido aos disparos dos policiais militares<sup>11</sup>.

O entrevistado Dr. Orlando, ao ser questionado sobre o acontecimento, demonstrou forte indignação com a atitude dos policiais da ROTA.

Em 1983 não houve uma rebelião, houve uma chacina! Eu trabalhava lá na época. Foi num fim de semana, já estava entrando o Montoro. Teve uma chacina! Nós tínhamos presos do sistema que vinham para tratamento, que muitas vezes nem eram doentes, vinham para fugir, fugia muita gente. Vinham de lá para fugir. E o número de fugas ali era muito grande! Vinham como doentes mentais e aproveitavam. Porque lá era fácil, o sistema não tinha uma segurança como era na penitenciária. A segurança de lá era fraca. Houve mesmo uma rebelião, um tumulto de alguns presos que estavam vindo da penitenciária, eles tentaram tomar a penitenciária, tentaram fugir e chamaram a ROTA. E eles não tiveram dúvida, eles entraram e atiraram em todo mundo que estava naquele saguão do prédio antigo (...) Algo que acontece numa penitenciária: houve um tumulto lá dentro e a ROTA entrou. E entrou atirando e matou todo mundo! – afirmou Dr. Orlando.

---

<sup>11</sup> Observa-se que, em 1992, a Justiça descobriu que dois policiais militares de São Paulo que eram acusados de participar do massacre do Carandiru, ocorrido nesse ano, também participaram de outro no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, ocorrido 23 anos antes e foram a julgamento pelo Tribunal do Júri. Os réus W. M. de Souza e L. W. Bonani, junto com outros 14 policiais militares foram acusados de homicídio simples devido à invasão do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, que acarretou a morte de seis presos e um funcionário, em 9 de janeiro de 1983. Ambos continuavam na ativa. Um deles chegou à patente de tenente-coronel.

De acordo com a declaração de J. C. A., refém que sobreviveu ao tiroteio, os policiais da Rota agiram de forma inconsequente.

(...) as duas grades de acesso ao saguão já estavam abertas quando os PMs mandaram os detentos caminhar para o carro. De repente, eles começaram a atirar em nossa direção. O preso que me segurava pelo pescoço deu um passo para trás, ocasião em que perdi o equilíbrio e caí. Um dos disparos atingiu a testa do indivíduo que me mantinha seguro (FOLHA DA TARDE, 11/01/83: 22).

Faleceram na ocasião:

- M. F. M. C, com 24 anos, que entrou pela segunda vez no manicômio no dia 18 de junho de 1981, transferido da Casa de Detenção, a então maior penitenciária da América Latina;
- L. F., que cumpria pena na Penitenciária do Estado desde 1961 e foi internado em 13 de fevereiro de 1982;
- M. S. V., 23 anos, que foi transferido da Casa de Detenção em 1 de maio de 1982;
- R. L. F., 29 anos, interno da Casa de Detenção, que entrou no manicômio em 8 de maio de 1982;
- M. A. S., 25 anos, oriundo da Casa de Detenção, foi internado em 9 de outubro de 1981;
- O. C., 20 anos, que cumpria pena na Cadeia Pública de Bauru e foi transferido em 8 de novembro de 1982.

Funcionários da instituição, na ocasião, afirmaram que os presos se revoltaram por serem tratados como doentes mentais, quando eram presos comuns. “*Ano passado – lembram – alguns disseram que aguentariam uma vida inteira na Detenção, mas não um ano no Manicômio*” (FOLHA DE S. PAULO, 11/01/83: 11). Trabalhadores admitiram, também, que uma revolta violenta já era esperada desde maio de 1981, quando o então diretor dos Estabelecimentos Penais do Estado de São Paulo, Osmar Cassim, determinou a transferência de presos da Casa de Detenção para a citada instituição, com o objetivo de amenizar a superlotação carcerária do estado de São Paulo.

Assim, muitos presos da casa de Detenção ‘que jamais haviam apresentado problemas mentais’ foram transferidos para o Manicômio Judiciário, superlotando o estabelecimento (...) Ainda segundo os

funcionários, os detentos andavam inconformados com a desorganização. Reclamavam da falta de áreas livre, das constantes aplicações de tranqüilizantes e do atraso na implantação de novas colônias profissionalizantes (Idem, ibid.).

Segundo declaração do então Secretário da Saúde do Estado de São Paulo – pasta à qual o Manicômio Judiciário era subordinado –, Denir Zamarioli, a rebelião seria consequência da falta de condição da Secretaria para manter a segurança da instituição. Com opinião semelhante, o juiz corregedor dos presídios reivindicou a transferência do manicômio para a Secretaria da Justiça.

A resistência dos internos ao tratamento recebido na instituição demonstra a potência de vida emergindo sobre o assujeitamento imposto pelo poder disciplinar. Pode ser entendida como um grito pela liberdade, ou contra as dominações produzidas pelo sistema, quer dizer, uma potência de vida que confrontou as forças que queriam formatar e capturar a vida. A resistência para o poder configura-se em tudo o que ele mais abomina, pois é a vida como potência, é algo que ele não cansa de tentar capturar, formatar, cartografar, segmentar e classificar. O poder psiquiátrico e jurídico são reativos a todas as formas de resistências, enxergando-as como picos de insanidade, que devem ser controladas e aprisionadas.

Essa resistência dos internos ao aprisionamento pode ser entendida como um movimento político, uma micropolítica que, apesar de terem sido novamente capturados, neste caso assassinados, trouxe consequências à instituição. Como afirma Foucault “*o caráter político ou não de uma ação não é mais determinado unicamente pelo objetivo dessa ação, mas pela forma, pela maneira com que objetos, problemas, inquietudes e sofrimentos (...) são politizados*” (FOUCAULT, 2005: 64), ou seja, basta ser uma ação dirigida contra o poder vigente.

De acordo com o conceito deleuziano de micropolítica, essa ação pode ser entendida como política dos fluxos de liberação de intensidades, potencialidades que operam em novas criações e diferenciações, que não se detêm em modos segmentados. Eram, em suma, presos tentando modificar sua condição de assujeitados, uma vez que

(...) o que as revoltas nas prisões põem em questão não são detalhes, tipo ter ou não ter televisão, ou a autorização para jogar futebol, mas, pelo

contrário, elas questionam o status do plebeu marginal na sociedade capitalista (FOUCAULT, 2005: 296).

É interessante analisar como o fato foi apresentado nos jornais da época. O título, a linguagem e a descrição do acontecimento revelam como o discurso vigente sobre a anormalidade apresentou a revolta, utilizando, assim, os órgãos da imprensa para, mais uma vez e através de uma nova máscara, continuar a exercer a opressão sobre a loucura e sobre os indivíduos ditos inapropriados ao convívio social.

Apesar de as mortes terem ocorrido no dia 9 de janeiro, foi apenas no dia 11 de janeiro que os jornais começaram a noticiar o fato ocorrido. O jornal *Folha da Tarde*, de 11/01/83 apresenta a seguinte chamada, na primeira página, anunciando a rebelião ocorrida dois dias antes.

Era de medo e de muita tensão, ontem, o clima do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, onde, por volta das 22h30 de anteontem, policiais da Rota conseguiram debelar a rebelião no estabelecimento. A ação resultou na morte de seis detentos considerados de alta periculosidade e de um funcionário, tomado como refém, juntamente com um colega, pelos 28 amotinados, que exigiam um carro para a fuga. Os presos estavam fortemente armados. Logo cedo a direção do Manicômio aumentou o efetivo policial em torno das guaritas do prédio (FOLHA DA TARDE, 11/01/83: 1).

No mesmo dia, o jornal *Notícias Populares* publicava a manchete, abaixo, também, na primeira página:



LOUCOS ENFURECIDOS EM FRANCO DA ROCHA  
**DIA DE CÃO  
E 7 MORTES  
NO HOSPÍCIO**

(Foto em destaque na primeira página do Jornal *Notícias Populares*: 11/01/1983)

Segundo Foucault, a sociedade está submetida à narrativa da delinquência em notícias e romances policiais desde o século XIX. A narrativa do crime cria uma representação do indivíduo perigoso, dissipando o discurso do medo na sociedade, que legitima a necessidade de uma prática penal. Em suma, a mídia fortalece a sedimentação do discurso de aprisionamento do indivíduo perigoso.

Os fluxos contínuos de informação perpetuam e disseminam a cultura da dicotomia entre normalidade e anormalidade, bem como a legitimação de todo aparelho jurídico e psiquiátrico. Ao mesmo tempo, deslegitimam o movimento político de contestação e resistência levantado pelos internos transmitindo uma imagem de que são perigosos para o leitor, de que seus atos são unicamente ações de insanidade, reafirmando a necessidade de sua exclusão do meio social.

De acordo com Dr. Orlando, já mencionado, devido ao descontentamento dos funcionários e às intervenções que ocorreram na instituição após o massacre da ROTA, houve algumas mudanças na instituição. A primeira delas foi a de prédio: o antigo edifício foi cedido para a Secretaria Estadual da Justiça e o manicômio, transferido para uma antiga colônia do Juquery, onde permanece até o presente momento.

Aí nessa época, em 1983, tínhamos uma parte dos doentes mentais na ala antiga (prédio antigo) e outros na ala nova (colônia feminina do Juquery). Não foram todos os doentes para essa colônia nova. Que era uma colônia dos doentes que tinham chance de sair. Já era mais ou menos uma idéia de desinternação. Pegava os doentes que tinham uma doença mais controlada, mais amena, doentes mentais que roubaram uma bicicleta e que iam para lá. Ficava lá cinco ou seis anos. O pessoal separou e colocou todos eles lá embaixo. Os mais violentos, mais graves ficaram lá em cima. Aí não demorou muito e levamos todos lá para baixo e entregamos o prédio para a Justiça. Eu fiquei até 1986 – afirmou Dr. Orlando.

## **B. O Jornal O Brilho do Luar – *A luta pela voz***

Este fato é relatado por Cobianchi (2000), psicólogo que coordenou a oficina de implantação de um jornal na instituição, em 1991. Apesar de sua proposta ter sido apresentada como terapêutica, essa ação, a da oficina, foi vislumbrada e transformada pelos



internos em uma ação política, pela oportunidade de se comunicarem, de serem ouvidos, de poderem expressar seus desejos e anseios, ao mundo, fora da instituição.

A voz de um louco, ao ser considerado um doente mental, é silenciada para sempre. Sua fala passa a ser analisada a partir de sua dita doença. Seus desejos e anseios são considerados delírios. A vida do interno no hospital psiquiátrico é aprisionada e despotencializada. Torna-se um ser à parte do mundo fora do manicômio. Enfim, o interesse pela oficina e pela produção de um jornal foi imediato, devido à possibilidade de serem ouvidos. O jornal foi considerado uma linha de fuga ao campo do silêncio em que os internos tinham sido imersos ao serem considerados pacientes psiquiátricos. Apesar do alto índice de analfabetos, logo surgiu um grupo de internos que assumiu a tarefa, dividiu as atividades e elegeu um diretor, um dos poucos internos que possuía um grau de instrução superior.

O jornal foi denominado de “*O Brilho do Luar: aquilo que vinha do mundo dos lunáticos*”, com uma seção oferecida aos funcionários, denominada de “*Eclipse da Lua*”. O eclipse simbolizava a escuridão em que os psiquiatras envolviam o mundo dos internos, impedindo-os de brilhar. Posto isso, o próprio nome do jornal, por si só, expressa uma forma de resistência à opressão da potência de vida desses internos, imposta pelo poder disciplinar da instituição.

Os pacientes que integravam o jornal o Brilho do Luar dividiram suas funções e começaram a trabalhar. Alguns entrevistavam outros pacientes, outros compilavam dizeres que estavam espalhados pelos muros e paredes dos pavilhões. Depois de algum tempo, já estava pronto o primeiro número do jornal (...) Em uma seção do jornal, os pacientes colocaram a letra de uma música afirmando que quem bebia estava vivendo e aquele que não bebia estava morrendo, um samba conhecido pela comunidade em geral, gravado pela sambista Elizeth Cardoso (...) (COBIANCHI, 2000: 73).

Os pacientes tinham como objetivo a distribuição do jornal na cidade de Franco da Rocha e, para tanto, era necessária a aprovação da administração geral do Manicômio. Ao apreciar um exemplar, a diretora da instituição chamou o psicólogo de “louco”, por organizar um jornal naqueles moldes,

pois se um exemplar chegasse às mãos de um locutor de rádio “direitista”, ele poderia dizer que naquele hospital-presídio se incentivava a bebida alcoólica e isso acabaria com as atividades desenvolvidas no sentido da humanização daquela instituição. Portanto, um jornal daquele tipo não deveria circular nem dentro da instituição, quanto mais sair para as ruas da cidade ... (COBIANCHI, 2000: 73).

Assim, antes mesmo que as vozes dos pacientes pudessem ser ouvidas, suas ações foram barradas pela direção. Ao serem impedidos de fazer circular o jornal fora da instituição, os internos não mais se interessaram pela atividade, já que não conseguiriam atingir o principal objetivo do grupo, que era o de fazer de *O Brilho do Luar* um veículo de comunicação com o mundo externo, um veículo que pudesse divulgar sua voz e libertá-los do mundo do silêncio.

A importância deste relato justifica-se por expressar o poder de captura, sob qualquer possível forma, do interno em libertar-se da sua condição de assujeitado. Demonstra, também, a capacidade dos ditos loucos criminosos em vislumbrar as pequenas oportunidades de expressar sua potência de vida, sua singularidade e fugir do aprisionamento de sua voz.

## **O novo discurso da conjuntura atual no Manicômio Judiciário**

Segundo Foucault, devem-se analisar as instituições de maneira ampla, pois estas além de se constituírem um observatório das relações de poder, de incitação à luta, compõem um conjunto de discursos e práticas que refletem uma racionalidade entre o saber e o poder. É a partir desta reflexão que se procurará contextualizar os novos sujeitos políticos e seus discursos em relação aos hospitais psiquiátricos, frente às mudanças no cenário político brasileiro, pós-ditadura, buscando compreender como esse movimento político afetou a instituição, o Hospital de Custódia de Franco da Rocha, e o que isso representou para seus internos.

O início da redemocratização, com a abolição do AI 5, em 1978, os diversos movimentos pela Anistia, em 1979, e os diversos Congressos Nacionais e Internacionais de Saúde e Medicina Legal refletiram-se, também, em certas mudanças na situação do Manicômio. No

primeiro ano da gestão do governador Maluf (1980), a instituição abriu concurso para médicos, psicólogos, enfermeiros e terapeutas: “*Entramos em 11 médicos e 27 profissionais técnicos. Nós entramos lá e aí começamos a mudança ali dentro*”, afirmou o Dr. Orlando. Segundo o entrevistado, foi a partir da entrada desses novos funcionários que começaram a repensar o propósito da instituição, ou seja, o enfoque no tratamento em prol da reabilitação da saúde mental dos pacientes e, não, no prisional.

Os médicos que estavam lá há muito tempo, tinham uma visão de quem era doente mental e cometia um crime (...) era doente mental permanente ou com evolução para piora, então não podia sair porque a periculosidade continuava. Eles faziam laudos repetitivos o tempo todo. (...) Eles repetiam os laudos negando a mudança de regime e a saída deles para outras instituições e mesmo para casa – afirmou Dr. Orlando.

Na década de 1980, paralelamente à luta pela Reforma Sanitária, outros movimentos sociais que, também, objetivavam melhores condições de saúde expandiram-se no Brasil. Preconizavam a luta pela conquista de uma mudança no atendimento à saúde mental que, junto à proposta de desinstitucionalização, mudariam o paradigma da atenção aos doentes mentais. Quer dizer: da internação num hospital para a comunidade, da exclusão para a inclusão, da cronicidade para a prevenção. Tal proposta reflete uma série de avanços e conquistas políticas da época, como:

- A nova proposta de política de saúde e o crescimento da psicofarmacologia, com o descobrimento de novas drogas e novas modalidades de intervenção psicossocial;
- A contribuição da nova conjuntura política que, com o desenvolvimento da democracia em todo planeta, inclusive no Brasil, possibilitou que os movimentos pelos direitos humanos realizassem repetidas denúncias de violações desses direitos, devido às deficientes condições de vida nos manicômios, maus-tratos e procedimentos inadequados.

Desta politização da sociedade civil na área da saúde, resultaram propostas formuladas na VIII Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência em Saúde Mental, ambas realizadas em 1987. No que se refere à saúde como um todo, a luta visava à construção de um Sistema

Único de Saúde (SUS) e à implementação de uma reforma sanitária. Na esfera da saúde mental, as reivindicações tinham como base a reorganização da assistência à saúde mental e a legislação do doente mental enquanto cidadão.

A reforma do modelo assistencial em saúde mental enfatizava o estabelecimento de uma rede de atenção extra-hospitalar multidisciplinar, tais como os hospitais-dia, hospitais-noite e lares abrigados.

Deve-se, diante dessa proposta coibir a edificação de novos hospitais, nos moldes tradicionais. A oferta de leitos psiquiátricos situados em hospitais especializados deve ser suspensa e os mesmos substituídos por leitos em hospitais públicos ou por serviços alternativos (MUSSE, 2006: p.140).

Resultado de um processo de democratização do Estado brasileiro, de intensas discussões e reivindicações sociais, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, que acatou as exigências dos movimentos ligados à saúde mental. A saúde é assegurada, no artigo 6º, como direito fundamental do indivíduo, contemplada inclusive no âmbito da seguridade social e, no artigo 196, é considerada um direito de todos os cidadãos e dever do Estado. O acesso ao atendimento da saúde passa a ser, pois, universal, ou seja, garantido a todos e a qualquer usuário que necessite utilizar qualquer um dos serviços oferecidos pelo SUS, voltados para a saúde física e psíquica.

Segundo Dr. Orlando, com a chegada do Governo Montoro em São Paulo e com a mudança da diretoria do Manicômio, houve uma humanização dos médicos com relação ao tratamento dos pacientes, em função da difusão das idéias dos novos profissionais que haviam entrado na instituição. Essa humanização, no entanto, foi vista como sinônimo de organização do espaço, na medida em que aprimorava a qualificação dos diagnósticos, a ordenação da instituição e a liberação de alguns pacientes para o Hospital do Juquery, ainda que presos enlouquecidos que cumpriam pena nas penitenciárias estaduais, continuassem a entrar no Manicômio Judiciário.

A gente cessava a periculosidade da maioria. Muitos doentes são perigosos no início da doença, com o passar do tempo... a própria evolução da doença vai fazendo com que eles não sejam mais perigosos. E também com novos medicamentos, novos tratamentos, dá para controlar melhor. Baseado nisso, a gente os transferia... a gente usava um artifício que era... nós colocávamos 'periculosidade igual a de um doente mental

comum', que não tem nada a ver! E manda-o para o Juquery. Então a maioria saiu de uma instituição fechada para uma menos fechada, mas ainda dentro da instituição, dentro de um Manicômio. Dentro do Juquery então ele tinha mais liberdade interna dentro do espaço ... Não estavam mais ligados à justiça, não estavam mais cumprindo pena e ali era mais fácil mandar ele embora – afirmou ainda Dr. Orlando.

Em 1984, após a morte de seis internos e um funcionário<sup>12</sup>, iniciou-se um plano de reforma do hospital. Dentre as medidas adotadas na reforma administrativa, levantou-se a possibilidade de transferência do Manicômio Judiciário para a Secretaria da Justiça. Em 1985, houve um acordo entre secretarias e essa medida foi efetivada, conforme o decreto em anexo<sup>13</sup>. Em julho de 1988, a decisão foi revogada e a instituição passou a pertencer ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, transformando-se no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima, seu atual nome. Após cinco anos, foi transferido novamente para a Secretaria da Justiça, dessa vez subordinado à Corregedoria dos Estabelecimentos Penitenciários do Estado de São Paulo. Em 1993, com a criação da Secretaria de Administração Penitenciária, esta assumiu a gestão da instituição.

De acordo com Cobianchi (2000), ex-psicólogo da instituição, muitos funcionários ficaram felizes com a transferência da instituição, pois aos salários foi acrescentado um adicional de 30%, referente à periculosidade no trabalho prestado. Este fato, mais uma vez, ressalta a ambivalência da missão do manicômio, pois por se tratar de um hospital psiquiátrico qual seria a periculosidade? A periculosidade não estaria ligada apenas às instituições prisionais? Teria sido modificada a missão da instituição ao ser transferida de Secretaria?

No artigo 2.º do projeto, sem mencionar o Manicômio Judiciário, o adicional era fixado em 30% sobre o padrão em que estivessem enquadrados, para todos os servidores (exemplo: diretor, enfermeiros, escriturários, mestres de artesanato, dentistas, professores e outros) em atividade dentro da prisão, conforme exposição de motivos, exceto para os abrangidos pelo Regime Especial de Trabalho Policial que, no caso dos guardas de Presídio, era de 70% pela sujeição a Regime Especial de Trabalho Policial — R.E.T.P. A exposição de motivos justificou a proposta nas desigualdades de cobertura financeira, que se evidenciaram nas rebeliões então havidas na Casa de Detenção e na Penitenciária do Estado, ou seja, todos os servidores correram perigo e não apenas os guardas de Presídio (SÁ, 1985).

---

<sup>12</sup> O evento, ocorrido no início de 1983, foi analisado no item anterior.

<sup>13</sup> Decreto N° 23.557, de 13 de junho de 1985. Ver íntegra do decreto em anexo.

Um fato narrado por Cobianchi (2000) evidencia o discurso de periculosidade que pairava sobre os internos do Manicômio Judiciário. Segundo o psicólogo, até 1986 os técnicos da ala masculina não podiam descer aos pavilhões e ao pátio interno da colônia, pois a norma decretada pela administração era de que quando um paciente solicitasse atendimento, ele deveria ser recebido em uma sala isolada dos outros internos por portões e grades. Era nesse local que se encontravam os setores de assistência social, psicologia, clínica e atendimento odontológico. Isto ocorria devido ao estigma dos internos de que eram ameaçadores, perigosos: os técnicos não deviam descer ao pátio, pois poderiam ser atacados. A relação entre os técnicos e os internos era marcada pela distância, constituindo-se uma relação fria e de poder. Os novos técnicos que entraram na instituição lutaram para mudar essa situação, afirmando que era necessário haver uma aproximação entre os dois lados. Ainda de acordo com Cobianchi (2000: 62),

alguns técnicos que já estavam na instituição se recusaram a fazer esse trabalho – o de aproximação – permanecendo na área isolada, dos internos, pelos portões e grades. Esses técnicos, vários funcionários administrativos e principalmente aqueles que faziam parte do setor de segurança nos alertaram que os internos eram elementos perigosos e que se desejávamos esse contato, que então fôssemos por nossa conta e risco. O setor de segurança nos disse que dessa forma não teria como garantir a nossa proteção.

Em 1986, em pleno governo Montoro e frente a um processo de democratização do país, contrariando a tradição do estabelecimento – de que apenas psiquiatras dirigiam a instituição –, um sociólogo foi convidado a assumir a diretoria, procurando realizar um trabalho voltado para o tratamento psiquiátrico. O diretor seguinte, Dr. Pedro, deu um grande impulso à abertura institucional, defendendo a abolição do eletrochoque.

De qualquer forma começou a humanização! Acabou o eletrochoque. Acabou a tortura. Começa-se a entrar no hospital e começa a fazer algumas atividades. (...) Então se começou a mudar a filosofia do hospital. Começou-se a fazer o baile, meninos iam dançar com as meninas. Já tinha o baile, mas era menino com menino e menina com menina. É o único lugar em que a sexualidade tava... pelo menos no início quem era homossexual tava bem! Mas quem não era, não tinha vez. Era menina com menina, menino com menino. Aí a gente começou a deixar o menino ir dançar com a menina, o menino ir namorar com a menina. (...) – afirmou Dr. Pedro.

Segundo Dr. Pedro, iniciou-se uma discussão a respeito da trajetória do paciente psiquiátrico. Chegou-se à conclusão de “*que era um asilo, que as pessoas estavam lá para morrer*”! Quando os pacientes recebiam alta, eles eram enviados para o Hospital Psiquiátrico do Juquery, ou seja, saíam de um hospício para entrar em outro. Foi nessas circunstâncias que surgiu a idéia de criar um programa de desinternação progressiva, que acabou por ser aprovado pela Justiça em 1989. O projeto teve início, em regime experimental, com apenas 16 pacientes.

A nova unidade tinha característica completamente diferente do que tinha no regime fechado. Para começar, eles ficavam dia e noite com as portas destrancadas, usavam pratos e copos de vidro. Tudo o que não era permitido no regime fechado, que é colher, prato e caneca de plástico. A gente começou a trabalhar com os pacientes e eles mesmos começaram a fazer as regras de condicionamento da unidade. Aí se começou a abrir progressivamente. Eles começaram a poder ir à vila, depois de começar a ir para a vila, eles começaram a ir para o centro da cidade. Até que um arrumou um emprego registrado, aí a gente conseguiu autorização para que ele trabalhasse fora e dormisse na instituição, isso foi-se ampliando para os outros pacientes. Aí a gente implantou o que chamou, na época, de regime de hospital noite. Eles permaneciam na maior parte do dia fora trabalhando e recebiam o atendimento à noite. (...) Assim foi indo progressivamente, aumentando o número de internos nessa condição. A gente foi sempre negociando com o judiciário, sempre negociando desde que surgiu – afirmou ainda Dr. Pedro.

Todos os pacientes exerciam algum tipo de atividade para a manutenção do prédio. Faziam limpeza, serviço de pedreiro, pintura, jardinagem, marcenaria, consertos elétricos, datilografia, controle da entrada dos pagamentos por trabalhos prestados, criação de animais, dentre outros. Como relatado por Tavolaro (2002: 117),

Os enfermos agricultores recebem um saco de fumo equivalente a R\$ 0,50. A produção de verdura, como alface, agrião e almeirão, é comercializada na região. A maior parte do dinheiro arrecadado é reinvestida na compra de sementes, adubos e maquinário. Outra parte serve para cobrir as despesas de festas, passeios os pacientes. Todo final de semana há idas a pesqueiros e reservas ecológicas nas cidades vizinhas de Mairiporã e Franco da Rocha.

A unidade de desinternação, segundo Dra. Olga, funcionou por um período de tempo em forma mista, ou seja, não havia divisão entre a ala masculina e feminina. A única separação aparecia nos dormitórios, mas os trabalhos ocorriam coletivamente.

O ano de 2001 foi um marco para a saúde mental brasileira, pois foi aprovado o projeto lei 3657/1989, mais conhecido como Projeto Paulo Delgado, do (PT-MG), que propõe explicitamente a extinção dos hospitais psiquiátricos, a subordinação dos atos médicos à equipe multiprofissional e à promotoria pública, além da implantação de uma rede extra-hospitalar de tratamento aos portadores de saúde mental. Apesar de já ter sido aprovado na Câmara de Deputados, em 14 de dezembro de 1990, esse projeto foi muito criticado pelos profissionais da medicina psiquiátrica, provocando um movimento para ampliar debate no Senado. Finalmente, em 6 de abril de 2001, o projeto transformou-se na Lei 10.216/2001<sup>14</sup>. Essa lei amenizou a ação dos hospitais psiquiátricos e dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

No entanto, o movimento, que podemos denominar “Pró-Hospital Psiquiátrico”, continua até hoje, liderado pela Associação Brasileira de Psiquiatria, que congrega mais de 5.000 associados em 58 instituições federadas pelo Brasil. Em 2006, a Associação enviou ao Ministro da Saúde um documento intitulado *Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*, no qual argumenta que “*foram surpreendidos pela apresentação do Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado que era antimédico e especificamente antipsiquiátrico*” e que:

O Hospital Psiquiátrico que num sistema descentralizado e hierarquizado de Saúde Geral e Mental, deveria ser o local de atendimento, ensino e pesquisa dos pacientes apresentando patologias de alta complexidade e local necessário para investigar e fazer progredir o conhecimento sobre a natureza das doenças mentais foi estigmatizado como um local de exclusão e desrespeito da cidadania dos pacientes, propondo-se e conseguindo em muitos locais o seu desmantelamento (...) atribuindo-se aos psiquiatras os fracassos desta política (BRASIL, 2006).

A lei Paulo Delgado não contemplou os manicômios judiciários, por estarem estas instituições subordinadas ao sistema judiciário. Mas a população penitenciária, ou seja, os indivíduos que estivessem cumprindo pena em regime fechado, também seriam contemplados pelas ações e serviços oferecidos pelo SUS, conforme a portaria interministerial n. 177, de 9 de setembro de 2003.

---

<sup>14</sup> Ver anexo 1, com a íntegra da Lei.



Quanto ao Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, não ficou à margem desse contexto sócio-político, pois as novas propostas de Atenção à Saúde, de Direitos Humanos e quebra de paradigmas da saúde mental atingiram o modelo de atendimento interno, que passou a ser questionado por novos profissionais contratados, visto que a instituição continuou a seguir as normas da administração penitenciária e não a legislação do SUS.

Em 23 de agosto de 2001 foi decretada a criação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha, ou seja, um hospital próprio para o tratamento de desinternação progressiva de internos do manicômio de Franco da Rocha e Casa de Custódia de Taubaté. Esta última instituição teria a responsabilidade de acompanhar o grupo de pacientes que fosse designado para o tratamento de desinternação. Além disso, deveria orientar famílias; planejar e executar programas de intervenção social aos pacientes e a seus familiares; e providenciar o acompanhamento das visitas domiciliares. Segundo Dr. Pedro, a unidade de desinternação foi transferida para esta instituição, que, em 2002, segundo dados do SEADE, atendeu 79 pacientes, todos do sexo masculino e, em 2003, 167 pacientes.



Fonte: Tavoraro, 2002.

Após algumas reincidências de pacientes que participavam do projeto de desinternação progressiva, houve o fechamento da colônia; a justiça limitou a liberdade que os pacientes tinham na instituição: os passeios, as saídas para visitar familiares, os trabalhos realizados na cidade de Franco da Rocha, dentre outros. A decisão final ocorreu devido à reincidência de um paciente em setembro de 2007.

Segundo Dr. Orlando e Dr. Pedro, as reincidências ocorreram devido à negligência da direção da instituição e da família do paciente. Esta, porque não verificava se o interno estava tomando a medicação corretamente e aquela, por não acompanhar devidamente as saídas dos internos, não verificar que sua periculosidade<sup>15</sup> ainda não havia cessado por completo. Dr. Pedro afirma que o trabalho com a família é, em geral, bastante complexo, pois na maioria das vezes ela rejeita o interno ou não tem condições econômicas de recebê-lo novamente. Alguns familiares, após a internação de seus parentes distanciam-se deles por vergonha ou por não estarem dispostos a cuidar dos mesmos. Assim mesmo,

ele – o projeto – continua funcionando até hoje, (...) apesar de ter passado por algumas modificações. Que acabaram distorcendo um pouco o projeto inicial, aquilo que a gente vinha fazendo. Hoje é um pouco mais fechado do que a gente deixou, um regime bem aberto. Houve um fechamento, mas de qualquer forma, ainda existe. Agora posso te dizer que a gente chegou a ser, em um período, um modelo de trabalho para o país. Hoje já não é mais. Houve uma involução, parou, já deveria ter sido proposto uma série de coisas que não houve, que não acompanhou – lastimou Dr. Pedro.

O projeto tinha por função ser uma transição entre a hospitalização em regime fechado e a completa desospitalização dos pacientes. Segundo estimativas de Tavolaro (2002), entre 10% e 20% dos doentes mentais apresentam uma cronificação irreversível decorrente da própria internação prolongada e medicalização; de 15% a 25%, apresentam uma melhora parcial com o tratamento; e entre 50% e 70%, apresentam um diagnóstico favorável à reabilitação social após uma passagem pela colônia de desinternação. Contudo, por mais que fique explícito que o paciente está apto a ser transferido para a colônia de

---

<sup>15</sup> A noção de periculosidade, segundo Foucault (2002b), identifica o sujeito pelas suas virtualidades, ou seja, não pelas infrações que cometeu, mas sim pelas quais poderá vir a cometer. Este conceito foi criado por psiquiatras e juristas objetivando reduzir ao máximo a ocorrência de ilegalidades, por meio da imputação da medida de segurança e internação sustenta os manicômios judiciários. Não há um cálculo preciso sobre a periculosidade, basta a constatação ou suspeita de infrações morais por familiares, passíveis de serem associadas a anormalidades.

desinternação, não cabe aos psiquiatras decidirem por sua transferência, pois a decisão, após a solicitação do psiquiatra da instituição, fica a cargo da Justiça. Por mais que o laudo detalhe que a cessação da periculosidade do paciente, dependendo do grau de infração moral do crime realizado pelo paciente, o juiz nega a solicitação do psiquiatra. Evidencia-se que a análise para avaliação do laudo de soltura considera determinante o tipo de infração cometida pelo sujeito, tais como pedofilia e parricídio, moralmente inaceitáveis para a sociedade. Passa-se, portanto, por uma análise moral da infração cometida realizada pelo juiz e muitas vezes balizadora do laudo psiquiátrico.

Na colônia fechada desenvolveram-se diversos trabalhos por parte da equipe de psicólogos e terapeutas ocupacionais. Dentre os projetos encontrava-se o teatro, o que possibilitou uma interação entre as alas masculina e feminina. Apesar dessa atividade, rejeitada por parte da equipe administrativa do manicômio que considerava os pacientes como monstros perigosos, acabou sendo desenvolvida após a equipe assumir total responsabilidade caso algum incidente ocorresse (COBIANCCHI, 2000).

É interessante observar que, por determinação da administração, o namoro entre pacientes é proibido, mas acaba ocorrendo por outros meios. Diferentemente das penitenciárias comuns, no manicômio as visitas íntimas são proibidas para ambos os sexos, o que naturalmente estimula as relações homossexuais entre os pacientes da mesma colônia. Outra forma de manifestação da sexualidade ocorre nos bailes que acontece a cada 15 dias. Essa era a única atividade em que os pacientes, no encontro entre as alas masculinas e femininas, podiam manifestar a sexualidade, embora não pudessem passar de abraços e discretos beijos.

As mulheres chegam a provocar euforia nos pátios, enquanto os funcionários pedem calma. Eles, no entanto, entendem a expectativa dos internos. A porta do salão é aberta para os homens somente quando elas já estão lá dentro (TAVOLARO, 2002: 120).

Segundo Dr. Orlando, o romance entre os pacientes muitas vezes não termina no baile, pois vários casais continuam se comunicando por cartas e mantêm encontros durante atividades realizadas coletivamente.

Outra experiência digna de nota foi a de uma psicóloga, que resolveu aplicar uma atividade com as pacientes na ala feminina. A atividade consistia na retirada de uma fotografia PB da paciente e, em seguida, pintá-la. Muitas pacientes ao receberem seus retratos começaram a ficar chocadas com sua aparência, ao se darem conta de que haviam envelhecido ou engordado. Como a utilização do espelho era proibida, as pacientes perdiam a noção da própria imagem ao entrar no manicômio. A utilização de determinados medicamentos também pode fazer com que as pacientes engordem até 10 kg nos primeiros três meses e, mesmo as pacientes que estavam internadas há muitos anos, não tinham noção de que o corpo havia envelhecido.

Elas não tinham a noção de como elas estavam, como eram velhas. Então eu falei: Gente do céu! Aí mandei comprar um espelho e falei para o vidraceiro: – quero que você grude esse espelho de uma forma que não se consiga tirar! Ele falou: – olha eu tenho uma técnica que se tentar tirar, ele quebra todinho em pedacinhos. Não dá para ser usado, ele arrebenta todo. Eu falei: é isso que eu quero! Aí eu mandei comprar espelho para todos os pavilhões. Gente, fazia fila. Fazia fila para se olhar no espelho. (...) Faz uns 6 ou 7 anos atrás – narrou Dra. Olga.

Apesar de toda essa abertura pela humanização do trabalho psiquiátrico, deve-se elucidar que também há um obscuro lado do Manicômio. Como qualquer instituição asilar, o manicômio leva o indivíduo à automutilação e à cronificação. Um exemplo de que a instituição ainda está impregnada de técnicas de poder aplicadas no sistema prisional consiste na existência de uma ala, apelidada pelos internos de “Corredor da Morte”, cuja entrada é protegida por duas portas de aço que permanecem fechadas o tempo inteiro. Ao entrar, encontram-se dez celas individuais, divididas em lado par e lado ímpar. No lado ímpar, as celas são constituídas de portões de madeira, com vasos sanitários dentro e descargas do lado de fora. Na porta há uma pequena abertura por onde os pacientes são alimentados e medicados.



Fonte: Tavolaro, 2002.

Quando o interno é enviado para essa ala, fica lá por tempo indeterminado, sendo acompanhado diariamente por um médico até ter condição de voltar ao convívio dos demais. Os pacientes que ali se encontram permanecem isolados e nus, cada um em sua cela. Recebem apenas dois colchões, sendo um para deitar e outro para se cobrir, de forma a se proteger do frio. “*Em São Paulo tem dia que faz frio, acho que vários devem ter morrido de frio, é um ambiente péssimo*”, afirmou P.C.S. O sol bate no lado ímpar pela manhã e no lado par pela tarde, formando uma penumbra na maior parte do dia. O corredor é aberto às 8hs da manhã para a medicação e trancado às 17hs. A abertura no decorrer da madrugada ocorre apenas em caso de emergência (TAVOLARO, 2002).

O ambiente é frio, com paredes cinza, chamuscadas devido aos incêndios ocorridos. Os membros da equipe médica ocupam três níveis hierárquicos: médico, enfermeiro e perito. Os pacientes que ali permanecem dependem dos funcionários para todas as atividades desde beber água, alimentar-se, fazer suas necessidades fisiológicas e tomar banho. Os pacientes ficam agitados, solitários e em depressão, incentivando as formas mais diversas de suicídio.

O local é horroroso! Horrível! Mas, hospital não teria condições de tratar isso de uma outra forma, como conter o paciente no leito. Se bem que tem

gente que acha que conter no leito é uma agressão violenta. Tem gente que acha que tem de sedar. A gente coloca geralmente no CTI o paciente sem roupa, para ele não se machucar (...), se bem que às vezes ele consegue se agredir, quebrar a lâmpada (...) Então, qualquer medida que você adote para preservar esse indivíduo e preservar a unidade também, acaba sendo uma coisa agressiva e violenta. É um local horrível e tenebroso por mais que pinte. Eles fazem cocô, eles passam na parede, jogam comida, eles pisam em cima (...) Cheira mal, o aspecto é terrível – afirmou Dra. Olga.

Nos primórdios, o antigo Manicômio Judiciário era administrado pela Secretaria Estadual da Saúde, mais especificamente pela Coordenadoria de Saúde Mental. Devido a alguns acontecimentos, passou a ser subordinado à Secretaria Estadual da Justiça e, desde 1993, à Secretaria da Administração Penitenciária do Estado. Com a mudança para a SAP, surge na paisagem do manicômio um novo indivíduo que carrega mais uma ambivalência da instituição, o ASPEN – Agente de Segurança Penitenciário. Como o agente de segurança é treinado para trabalhar em presídio, sua presença no manicômio começou a imprimir, na instituição, mais uma característica de prisão do que hospitalar. O agente chega ao manicômio com vícios de uma penitenciária, de castigo, do uso da força. Muitos funcionários, segundo Dra. Olga, têm a visão de que como o paciente cometeu um crime, eles são monstros perigosos que devem pagar pelo delito cometido.

Se perdeu a visão que a gente sempre bateu, sempre insistiu: Isso aqui é um hospital e não um presídio! Se é um hospital, então têm que ser tratados como pacientes e não como presos (...) O hospital de custódia, o manicômio, sempre foi uma instituição diferente, uma instituição que sempre foi deixada meio que de lado porque o pessoal tinha a prática de lidar com uma instituição prisional, mas não tinha nenhum conhecimento em lidar com uma instituição de saúde dentro do sistema” – afirma Dra. Olga.

Atualmente, como apontado acima, o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha é uma instituição, subordinada à Coordenadoria dos Estabelecimentos Penitenciários, que, por sua vez, pertence à Secretaria de Administração Penitenciária do Estado de São Paulo. Está localizado na rodovia Luiz Salomão Chama, km 43 na cidade de Franco da Rocha, em uma antiga colônia do Complexo Hospitalar do Juquery, após sua transferência do prédio original em 1985.



Fonte: Tavolaro, 2002.

A instituição é composta por quatro unidades complementares: unidade administrativa, colônia masculina, colônia feminina e colônia de desinternação progressiva. O prédio onde funciona a administração do prédio é formado por pequenas salas com instalações simplórias.

A colônia masculina apresenta semelhanças às de um presídio comum, com muros altos que circundam o prédio. O interior é composto por vários pavilhões, onde são instalados os dormitórios e, no centro, um pátio vazio com chão de cimento batido utilizado pelos internos para tomar sol durante o dia. Em cada dormitório encontrava-se uma imensidão de leitos divididos em camas e colchões no chão, com distâncias em média de 40 cm entre eles. Os banheiros são precários, sem portas, com aparência de sujeira e cheirando mal. Há uma pequena sala onde ocorrem aulas de alfabetização, de artes e trabalho terapêuticos com poucos recursos. No fundo do prédio há uma quadra de futebol pouco utilizada pelos internos, que são recolhidos compulsoriamente às 17hs e liberados às 8 da manhã e que preferem permanecer no chão do pátio.



Fonte: Tavolaro, 2002.

Com uma estrutura parecida, a colônia feminina é composta por uma média de 60 internas, das mais variadas idades. Nos quartos, encontram-se nos leitos objetos pessoais, cada cama contém um detalhe que demonstra a individualidade de cada interna. Nas grades das janelas são penduradas peças de roupa íntima. Durante o dia há um rádio no pátio que fica tocando as mais variadas músicas enquanto as internas permanecem sentadas no chão sedadas e tomando sol, algumas conversam enquanto outras dançam e fazem palhaçadas para as outras. Há uma hierarquia entre elas, que é rigorosamente respeitada, e a moeda de troca, como em qualquer instituição fechada, é o cigarro.

Importante, finalmente, proceder a uma análise do perfil da população interna do HCTP I de Franco da Rocha (regime fechado): a média de internos, entre 1994 e 2003, era de 569, sendo 89% composta pela população masculina, conforme espelham os dados do quadro abaixo. Dentre estes, 90% lá estavam em cumprimento de medida de segurança, 6% eram presos em regime de detenção em penitenciárias estaduais, que estavam no HCTP para tratamento psiquiátrico e 4% eram réus que aguardavam a realização do laudo psiquiátrico para dar continuidade ao processo penal.



**Quadro 4:**

<b>Movimento Médio Anual da População Carcerária do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Franco da Rocha de 1994 a 2003</b>										
<b>Ano</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
<b>Total HCTP I</b>	<b>575</b>	<b>602</b>	<b>577</b>	<b>580</b>	<b>589</b>	<b>610</b>	<b>621</b>	<b>572</b>	<b>483</b>	<b>483</b>
<b>Sexo Masc.</b>	Total	522	544	524	522	534	543	545	501	403
	Presos (1)	463	477	464	471	495	504	510	476	381
	Presos (2)	42	49	42	32	24	17	16	12	34
	Presos (3)	17	19	17	18	16	22	19	13	26
<b>Sexo Fem.</b>	<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>58</b>	<b>54</b>	<b>58</b>	<b>54</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>71</b>	<b>80</b>
	Presos (1)	42	44	45	46	48	55	67	62	70
	Presos (2)	6	7	5	9	4	5	3	2	4
	Presos (3)	5	7	4		2	7	6	7	12
<b>Total de Internos</b>	<b>575</b>	<b>660</b>	<b>631</b>	<b>637</b>	<b>643</b>	<b>677</b>	<b>697</b>	<b>642</b>	<b>555</b>	<b>563</b>

Fonte: <http://www.seade.gov.br/produtos/anuario>

Legenda:

- 1- Interno em cumprindo medida de segurança
- 2- Sentenciado em tratamento psiquiátrico
- 3- Réu aguardando laudo psiquiátrico

Ressalta uma significativa alteração no número de internos masculinos após 2002, devido à inauguração do HCTP II (regime de desinternação progressiva) que recebeu 19% dessa população.

Ao realizar um recorte, de acordo com o sexo, verifica-se que a média da população feminina nesse período foi de 64 mulheres e, ao contrário do que ocorreu com a masculina – que diminuiu porque foram encaminhados para o HCTP II –, esta aumentou em 51% de 1994 a 2003, além de atestar, também, um significativo aumento de réus aguardando laudo psiquiátrico, em 2002.

Diante da explanação feita até agora, ressaltam a agitação e os debates ao redor desses 600 internos, no período analisado. É um contingente que vive isolado, sem poder se comunicar com o mundo externo. Não lhes perguntam por seus interesses e seus sonhos, mas ao mesmo tempo, quanto tumulto sua presença causa: quanto se escreveu, se debateu, quanta mudança de legislação, novas leis e projetos implantados!

Quanto aos internos em questão, estes não foram questionados sobre os seus interesses, mas suas respostas estão expressas nos acontecimentos que analisamos acima (1983 e 1991), pois por mais que tentem silenciá-los, só sua sobrevivência nesse local já é um grito que incomoda. Quando, então, eles conseguem fazer de qualquer raio de liberdade uma expressão de resistência, põem à mostra a relação de poder da instituição, que é muito diferente do discurso propagado pela legislação e documentos.

O problema não é prisão-modelo ou abolição das prisões. Atualmente, em nosso sistema, a marginalização é realizada pela prisão. Esta marginalização não desaparecerá automaticamente ao se abolir a prisão. A sociedade instauraria, simplesmente, um outro meio. O problema é o seguinte: oferecer uma crítica do sistema que explique o processo pelo qual a sociedade atual impele para a margem uma parte da população. É isso (FOUCAULT, 2005: 296).

As instituições disciplinares impõem a dor e o martírio na busca da sanidade do indivíduo perigoso. Seus enormes muros simulam a separação entre o bem e o mal, entre a normalidade e a anormalidade. Infligem uma vida de trevas aos internos e, aos indivíduos livres e normais, representam um alívio por saber que os loucos criminosos estão detidos atrás desses muros. Permanece a soberania de um mundo racional.

### 3. Efeitos da Sociedade de Controle: A Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica

---

O questionamento do sistema institucional transparece a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois se tornar crítica e ação política (BASAGLIA, 1985: 9).

Se os séculos XVIII e XIX foram caracterizados pela sociedade disciplinar, pode-se afirmar que o século XX, principalmente a partir da segunda metade, foi marcado pelo aparecimento da sociedade de controle, que não suprimiu as práticas disciplinares, mas englobou e redefiniu suas prioridades.

A sociedade de controle universaliza a democracia e convoca as pessoas à participação. A intervenção no corpo, quando ocorre, tem como objetivo torná-lo útil e participativo, ou seja, fabricar cidadãos, promovendo a proliferação do sentimento e de práticas de civildade; dar dinâmica à sociedade esperada na sociedade disciplinar.

Utilidade e participação, nesta sociedade, constituem o binômio que ultrapassa o anterior, formado por utilidade e docilidade, cujas fronteiras internas cederam à organização sob a forma de programas (PASSETTI, 1999: 58).

É a sociedade dos fluxos de informação, que Deleuze (2006) irá exemplificar com a transformação das fábricas em empresas, com as escolas em formação permanente e com a valorização do exame em controle contínuo. Ao falar sobre o aparecimento da sociedade de controle ele afirma:

encontramos uma crise generalizada de todos os meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola, família. (...) São as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares. (...) por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizavam com os mais duros confinamentos (DELEUZE, 2006: 220).

Nesse contexto, evidenciam-se lutas pelos direitos humanos e garantias aos direitos de minorias, as quais serão incorporadas à participação política. Também se destacam programas regulados por organizações não-governamentais, criados para a inclusão dos menos favorecidos. Em suma, *“o processo de participação na sociedade de controle absorve indivíduos com a recomendação de evitar-se resistências”* (DELEUZE, 2006: 222).<sup>16</sup>

Segundo Tótorá (2006), a participação direta dos cidadãos nas decisões da política seria uma das características marcantes da sociedade de controle. A chamada dos usuários de serviço de saúde mental para o debate sobre as políticas voltadas para esse público consagra-se como uma das modalidades institucionais da democracia participativa<sup>17</sup>. *“As inúmeras políticas de inclusão são traduzidas em dispositivos jurídicos que conferem legalidade à legitimidade dos direitos. Com os conselhos, a população de eleitores torna-se co-responsáveis pela gestão e tomada de decisões políticas”* (TÓTORA, 2006: 243).

Em meio a esse novo cenário, de lutas por direitos, inclusão de todos os tipos e disseminação da democracia como modelo político por excelência, vê-se o aparecimento da luta antimanicomial e o movimento da antipsiquiatria, tendo por base a contestação da prática psiquiátrica, a crítica à exclusão promovida pela internação psiquiátrica e a defesa da (re) inclusão do louco na sociedade por meio de tratamentos extra-hospitalares.

## **O Movimento Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Italiana**

Houve dois importantes movimentos antimanicomiais que influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a antipsiquiatria e o movimento de desinstitucionalização italiana. O primeiro teve origem na Inglaterra na década de 1960, com os precursores Ronald Laing e David Cooper, a partir da contestação do saber psiquiátrico e de uma sociedade excludente. Segundo Amarante (1998), a antipsiquiatria buscava um diálogo entre a razão e a loucura, denunciando a cronificação do paciente no tratamento asilar.

---

<sup>16</sup> *“Os indivíduos tornam-se ‘dividuais’, divisíveis, e as massas tornam-se amostras, dados, mercados ou ‘bancos’”* (DELEUZE, 2006: 222).

<sup>17</sup> *“Problematizar a democracia participativa é situá-la como um novo dispositivo de controle para conter os fluxos vivos que escapam, ou que os procedimentos majoritários de representação não conseguem conter. Integrar as minorias às maiorias é um procedimento da democracia participativa”* (TÓTORA, 2006: 243).

O movimento de desinstitucionalização na Itália surge também, a partir da década de 60, com base na crítica aos hospitais psiquiátricos, vistos como instrumentos de violência e exclusão social, articulados ao modo de organização social. Basaglia (1985), precursor do movimento, lutou pela desconstrução dos hospitais psiquiátricos denominando-os “*instituições da violência*”, dado que no âmbito dessas instituições, a violência e a exclusão eram – e são – justificadas como necessárias, em função de sua finalidade educativa. Esta proposta de desconstrução do saber psiquiátrico recebeu influência dos trabalhos de Goffman e Foucault.

Se a psiquiatria desempenhou um papel no processo de exclusão do doente mental quando forneceu a confirmação científica para a incompreensibilidade de seus sintomas, ela deve ser vista também como a expressão de um sistema que sempre acreditou negar e anular as próprias contradições afastando-as de si e refutando sua dialética, na tentativa de reconhecer-se ideologicamente como uma sociedade sem contradição (BASAGLIA, 1985: 124).

Basaglia implementou em 1970, quando diretor do Hospital Provincial na cidade de Trieste, um processo de desativação e de criação de serviços alternativos na comunidade. Para tanto, defendeu a subversão à lógica institucional manicomial, promovendo serviços de atenção comunitários, emergência psiquiátrica em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas.

Três anos após o desmembramento do hospital de Trieste, a Organização Mundial da Saúde (OMS) credenciou seu trabalho como referência mundial para a reformulação da assistência em saúde mental. Dessa forma, Basaglia participou decisivamente da criação dos movimentos de Psiquiatria Democrática e da rede de Alternativas à Psiquiatria, assim como da promulgação da Lei n. 180, aprovada pelo Parlamento Italiano em maio de 1978, que propunha o fechamento dos hospitais psiquiátricos, reconhecendo o processo de desinstitucionalização. Com a nova lei, ficaram proibidas a construção de novos hospitais psiquiátricos e a internação de novos pacientes nessa estrutura; além disso, os hospitais gerais não poderiam ultrapassar 15 leitos; foram estabelecidos prazos para a alta dos internos; e foram abolidos o estatuto de periculosidade social do doente mental, sua tutela e sua internação compulsória.

A lei italiana nº180 mostra seu caráter inovador ao produzir uma cisão entre os conceitos de loucura e periculosidade social – ainda hoje largamente difundidos no discurso da sociedade brasileira – no momento em que abole a internação compulsória, medida que era utilizada para privação de liberdade de indivíduos que transgredissem a norma legal ou os padrões morais de comportamento social.

Na medida em que se toma consciência de um sistema social de violência e exclusão, inicia-se um processo de negação da psiquiatria como ideologia, a partir de práticas de desconstrução dos saberes e das práticas psiquiátricas. De acordo com Basaglia (1985), era necessário que a psiquiatria transformasse efetivamente sua prática através da tomada de consciência das condições bipolares existentes na sociedade, ou seja, da relação entre excluídos e excludentes.

Pode-se afirmar, neste sentido, que o trabalho realizado por Basaglia passou por um ato de negação:

negação da instituição manicomial; da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível; do papel do poder puro da psiquiatria em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel repressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (AMARANTE, 1998: 73).

A negação constitui-se simultaneamente como questionamento do saber psiquiátrico e renúncia do mandato técnico da instituição. Em Trieste, um dos primeiros passos para a mudança da situação em que se encontrava a assistência, foi a abertura dos hospitais psiquiátricos, tendo como princípio a negação da exclusão e do isolamento. Rompe, assim, com as estereotípias institucionais e as contradições deixam de ser acobertadas, para serem enfrentadas. Nesse novo contexto, o médico, segundo Basaglia (1985), passava a ter um papel libertador quando aceitava a contestação do doente, assumindo um dos pólos da dialética e criando uma relação de cumplicidade. O paciente passava a não ser mais reduzido à categoria “doença”, devendo ser encarado com um ser social e político.

De acordo com essa perspectiva, a desinstitucionalização decorre do processo de negação que acompanha a invenção de uma nova realidade, com o objetivo de transformar as

relações de poder entre as instituições e os sujeitos. Esse movimento defende a construção de serviços comunitários e o deslocamento da ação terapêutica para o contexto social. Destruir a face institucional da doença passa, então, pelo enfrentamento da problemática psicopatológica do doente, a exclusão e a estigmatização social. Em síntese, o tratamento deve levar em consideração essa realidade para, assim, ser constituído como algo terapêutico.

O projeto de desinstitucionalização de Basaglia (1985) desdobra-se num processo de construção de saberes e práticas que focam o sujeito doente e não mais a doença como centro da terapêutica. O projeto resultou na substituição do manicômio por Centros de Saúde Mental, organizações abertas; iniciou, assim, um processo de integração do paciente à sociedade. Abriu-se um novo campo de relacionamento com a loucura e com o louco, que não é mais visto como um sujeito em posição de subordinação à tutela médica. Rompe-se, portanto, com a prática de isolamento.

## **A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

A reforma psiquiátrica objetiva o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo de assistência psiquiátrica. No Brasil, de acordo com Amarante (1998), ela se insere no âmbito da luta pela redemocratização, iniciando-se na década de 1970, com a formação do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, constituído principalmente pelo Movimento do Trabalhador em Saúde Mental (MTSM).

Em um cenário político de luta pelo fim da ditadura militar, a problemática da saúde assume uma importância singular ao denunciar o caráter autoritário do Estado em suas políticas sociais, comparando os maus-tratos, recebidos por pacientes em hospitais psiquiátricos, com a tortura sofrida por presos políticos durante o regime militar no Brasil. Nesse momento, como vimos, iniciava-se uma série de denúncias da violência existente nos manicômios. O MTSM engajou-se nesse movimento, que forneceu ensejo a projetos de reforma da assistência psiquiátrica pública, identificando a saúde como um dos direitos sociais.

Esta proposição de reforma teve como principais marcadores ver a doença como sofrimento existencial dos pacientes em suas relações com o corpo

social (saúde mental), questionando as próprias práticas institucionais, os diagnósticos deferidos e os tratamentos psiquiátricos proferidos, enfatizando os recursos comunitários e a rede assistencial de apoio para promover a reinserção social, pois saúde física/mental deveria ser compreendida como recurso (individual e social) para a vida diária e não como objeto dela (TILIO, 2007: 199).

Pode-se afirmar, segundo Amarante (1998), que o estopim se dá com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), órgão pertencente ao Ministério da Saúde, responsável por políticas de Saúde Mental. Devido à precariedade das condições de trabalho e ao abandono em que se encontravam os pacientes, os trabalhadores da Dinsam entraram em greve em abril de 1978. A paralisação provocou a demissão de 260 funcionários e estagiários, que denunciaram as condições desumanas existentes nos hospitais psiquiátricos.

A crise da Dinsam foi deflagrada a partir da denúncia feita por três médicos, sobre as condições precárias de trabalho a que estavam expostos os profissionais nos hospitais psiquiátricos e que graduados ou estudantes universitários vinham sendo contratados como ‘bolsistas’, há muito tempo, considerando a ausência de concursos públicos desde 1956 (MARTINS, 2001:37-38).

O movimento, trouxe a público os maus-tratos cometidos aos internos dos hospitais psiquiátricos brasileiros e constituiu-se um espaço para debates sobre a organização institucional objetivando reivindicar melhores condições de trabalho e capacitar profissionais, formular uma crítica consciente à política de privatização do setor da saúde, articular e organizar a defesa de um melhor tratamento aos pacientes psiquiátricos.

Amarante (1998) divide a trajetória do MTSM em três fases:

**Alternativa** – A trajetória alternativa corresponde ao início do MTSM (final da década de 70), que coincide com o princípio do processo de redemocratização do país, quando se reorganizam os sindicatos em meio a diferentes movimentos sociais. Nessa fase, altamente influenciada pelas teorias de Foucault, Goffman, Castel, Bastide, dentre outros, começa a se delinear um pensamento crítico em relação à função social da Psiquiatria.

**Sanitarista** – A trajetória sanitarista tem seu início na década de 80, quando um contingente significativo de membros do movimento é incorporado ao aparelho estatal.



Nesse momento, aproximando-se o final da ditadura, há uma renovação das lideranças tecnoburocráticas. O movimento adotou, como estratégia, efetuar mudanças a partir da própria máquina estatal, constituindo um efeito institucionalizante da reforma. Cabe ressaltar, todavia, que essa trajetória marca o afastamento das propostas iniciais do MTSM, que reconhecia a medicina como um dispositivo de controle social, opondo-se à concepção da existência de uma ciência neutra. Em suma, o movimento assume uma postura menos crítica ao enfatizar a idéia de uma articulação entre a medicina, o planejamento público e a administração pública. Com essa perspectiva, a partir de 1985, são organizados vários encontros de coordenadores e várias conferências de Saúde Mental.

**Desinstitucionalização** – A realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental marca o fim da trajetória sanitária e o início da desinstitucionalização. Esse período é marcado por um movimento de renovação teórica e política dentro do MTSM, que busca formas de organização mais independentes, ocasionando o distanciamento do Estado e a aproximação com entidades formadas por usuários e familiares – a sociedade civil.

O movimento reformista foi fortalecido com a visita de Franco Basaglia ao Brasil, em 1979, difundindo a experiência da instalação da Psiquiatria Democrática Italiana e subsidiando o debate da construção de uma nova Política de Saúde Mental Brasileira.

Durante a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, o MTSM realizou encontros paralelos para discutir novos caminhos nas políticas de saúde mental, tendo em vista o esgotamento da participação de órgãos públicos. Desses debates, emergiu o Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental.

No mesmo ano decide-se realizar o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, com o lema *Por uma Sociedade sem Manicômio*. Surge, desse encontro, o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA)<sup>18</sup>, que propõe a ampliação de seus princípios

---

<sup>18</sup> O MLA parte, atualmente, do princípio de que o termo manicomial não diz respeito unicamente à instituição Hospital Psiquiátrico, mas se estende ao funcionamento social que sustenta tal instituição, assim como as relações de exclusão e estigma. Opõe-se à exploração do sistema capitalista que reproduz a exclusão e a marginalização de uma parte da camada social, administradas a partir de um conjunto de dispositivos disciplinares que inclui os manicômios e prisões. Nesse sentido, a crítica toma como um todo a cultura manicomial que permeia não apenas hospitais psiquiátricos, mas também instituições como escola, fábricas e

e a participação de outros segmentos da sociedade civil, principalmente dos usuários dos serviços de saúde mental, ex-pacientes psiquiátricos e seus familiares.

O II Congresso procurou:

- Discutir a partir do tema *Por uma Sociedade sem Manicômios*, debatendo a questão da loucura além dos limites institucionais;
- Discutir a relação do Estado com os funcionários da rede pública da saúde, em busca de melhores condições de trabalho;
- Analisar e refletir sobre as práticas concretas.

O MLA, ao se constituir como um movimento social, não se filia a nenhuma corrente teórica, evitando dar voz a concepções subjetivas e psicologizantes dos pacientes psiquiátricos. Voltou-se, portanto, para a denúncia da psiquiatrização e a institucionalização dos manicômios, tomando-os como emblemas de uma sociedade que exclui todos os que não se encaixam nos padrões socialmente impostos. Buscou-se a ruptura com o controle social da Psiquiatria que se reproduz desde seu nascimento na idade moderna, adquirindo diversas roupagens ao longo do tempo. Dentre elas, pode-se citar o tratamento moral, a teoria da degeneração, a psicanálise dentre outros.

Amarante (2000) afirma que o objetivo da reforma psiquiátrica não se restringe a uma mudança administrativa ou técnica do hospital psiquiátrico, mas, sim, busca a superação do paradigma manicomial, ou seja, a mudança nas formas em lidar com a loucura. Essa proposta tem como princípio o processo de reabilitação do doente mental no âmbito extra-hospitalar, a ampliação de sua autonomia no meio social.

O último ano da década de 1980 marca o início de um período de mudanças no quadro político nacional: parte significativa da militância do movimento é incorporada ao aparelho estatal, dando início à construção de redes de serviços substitutivos ao manicômio,

---

presídio, ou seja, instituições que moldam o comportamento dos indivíduos segundo os padrões sociais, objetivando torná-los dóceis e úteis.

inseridas no Sistema Único de Saúde<sup>19</sup>. Essa trajetória resulta em várias ações bastante significativas: a construção do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, no ano de 1987; a intervenção na Casa de Saúde de Anchieta, em Santos, consolidando a criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, como os Núcleos de Assistência Psicossocial (NAPS) e as residências para egressos do hospital e associações; a constituição do Projeto de Lei 3657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que marcou o início de um longo debate legislativo até a aprovação em 2001.

Os anos de 1990 foram marcados pelo compromisso firmado pelo Brasil ao assinar a Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, organizada por representantes de diversos setores sociais – familiares, trabalhadores da área de saúde mental, usuários e instituições privadas e públicas – que propõem: “*a implantação de serviços de atenção diária, a partir da experiência CAPS, NAPS e Hospital-Dia e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos*” (BRASIL, 2005: 8).

Em 1993, foi realizado o I Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial, em Salvador-BA. Esse encontro consolida o movimento formado em 1987 e reafirma os princípios básicos de sua independência, de caráter não partidário e de manutenção de distanciamento em relação ao aparelho estatal.

No mesmo ano, foi realizado o III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental, em Santos, onde se elaborou a Carta de Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental.

A carta de direitos discorre sobre os direitos gerais na sociedade, os direitos de assistência e de uma vida plena, apresenta a visão de como

---

<sup>19</sup> Em 1988, a Constituição então promulgada universalizou o direito ao acesso gratuito à saúde no Brasil. O Estado foi incumbido não apenas da regulamentação, mas também da fiscalização e planejamento das ações de serviços que se revelassem necessárias, por órgãos federais, estaduais e municipais da administração direta ou indireta, por fundações mantidas pelo poder público, por entidades filantrópicas; e pela contratação, em caráter complementar, de clínicas, laboratórios e hospitais privados. Em suma, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988, a saúde é dever do Estado e direito de todos. O SUS, regido pelas leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estado e Município) e complementarmente pelo setor privado em forma de convênio, atuando segundo as normas do setor público. De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), entende-se por saúde um estado completo de bem-estar, mental e social e, nesse sentido cabe ao Estado zelar pela saúde mental dos cidadãos brasileiros, propiciando uma assistência médica adequada ao doente mental.

devem ser os serviços do ponto de vista do usuário (abertos, locais, gratuitos, democráticos), reivindica o fim das terapêuticas involuntárias e violentas, o direito irrestrito de participação do usuário nas decisões do tratamento e dos serviços, e apresenta moções que demonstram uma tomada de posição em relação a vários aspectos que dizem respeito à assistência e à política (SOALHEIRO, 2003: 32).

Após quase 12 anos de tramitação, o Congresso Brasileiro aprovou, em 27 de março de 2001, o Projeto de Lei 3657/89, transformado, então, em Lei 10.216/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental manicomial para uma rede extra-hospitalar (BRASIL, 2001).

Esta lei dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, propondo que tais instituições fossem substituídas gradativamente por formas de tratamento extra-hospitalares. Aborda as formas de internamento: a voluntária; a involuntária, quando a família ou o médico optam por esse recurso; e a compulsória, decretada por um juiz como medida de segurança, após uma avaliação clínica. Como justificativa, Delgado alegava:

O hospital psiquiátrico especializado já demonstrou ser recurso inadequado para o atendimento de pacientes com distúrbios mentais, seu componente gerador de doença mostrou ser superior aos benefícios que possa trazer [...] A inexistência de limites legais para o poder de sequestro do dispositivo psiquiátrico é essencial à sobrevivência do manicômio enquanto estrutura de coerção.

No Brasil, os efeitos danosos da política de privatização paroxística da saúde, nos anos 60 e 70, incidiram violentamente sobre a saúde mental, criando um parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, além de cerca de 20.000 leitos estatais. A interrupção do crescimento desses leitos é imperativa para o início efetivo de uma nova política, mais competente, eficaz, ética, de atendimento aos pacientes com distúrbios mentais (BRASIL, 1989: 11).

Após sua promulgação, procurou-se adequar a Reforma Psiquiátrica segundo os princípios do SUS através de uma rede de atendimento: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais Gerais, Hospital-dia, Hospital Psiquiátricos, Residências Terapêuticas, Lares Abridados e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Dessa forma, cessa o confinamento do louco, mas não o controle de seu corpo e a busca por sua normalização, que continua funcionando através da medicalização, dos cadastros, dos tratamentos em instituições extra-hospitalares etc.

A Reforma Psiquiátrica trouxe uma certa fluidez ao tratamento psiquiátrico. Transpôs o tratamento em instituições fechadas para um controle a céu aberto, como diz Deleuze (2006). A doença mental não desaparece com o fim dos muros do manicômio, apenas ganha uma nova forma de controle e segregação, considerada por seus defensores como mais democrática e não excludente. Em suma, o novo modelo de tratamento psiquiátrico não passa mais pelas grandes instituições disciplinares, como a internação ininterrupta em hospitais psiquiátricos, mas sim pelas pequenas instituições abertas em Hospitais-dias, CAPS e NAPS.

Estes equipamentos tomam as seguintes características:

- Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – segundo a Portaria GM n. 336 de 19 de fevereiro de 2002, são serviços ambulatoriais de atenção diária, prestados aos usuários da rede de atenção ao portador de doença mental severa ou permanente; para os residentes da mesma região e em tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Os CAPS dividem-se em I, II e III, segundo a abrangência populacional da região em que estão instalados (BRASIL, 2002a).
- Os Hospitais-dia são instituições de assistência em saúde mental representadas por um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolvem programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando a substituir a internação integral (BRASIL, 1992).
- Os Hospitais Gerais representam os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros com leitos de internação de até 72 horas, com equipe multiprofissional (BRASIL, 1992).
- Hospitais Psiquiátricos são instituições cujos leitos se destinam ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação (BRASIL, 1992).
- Os Lares Abrigados ou Residências Terapêuticas consistem em moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência,

que não possuam suporte social e laços familiares que viabilizem sua inserção social (BRASIL, 2000).

- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP – antigamente conhecido como Manicômio Judiciário, consiste em uma instituição destinada a doentes mentais infratores, em tratamento de regime fechado. Os recursos para o financiamento das ações de saúde são compartilhados pelos órgãos gestores da saúde e da justiça e respectivas esferas administrativas (BRASIL, 2002a)

Em 31 de julho de 2003, foi instituído através da Lei Federal 10.708 o *Programa de Volta para a Casa*, que dispôs sobre o auxílio à reabilitação psicossocial, para pacientes que tenham permanecido em longas internações psiquiátricas – em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Além da introdução do ex-interno em rede de assistência extra-hospitalar, foi estipulado um pagamento mensal de auxílio-pecuniário, ao beneficiário ou ao representante legal, com duração de um ano, com a possibilidade de ser renovado.

## **O HCTP e a Reforma Psiquiátrica**

A questão do louco – não infrator –, em liberdade, ainda é muito discutida e difícil de ser aceita socialmente, visto que o paradigma da periculosidade social ainda não foi transposto. A situação do louco criminoso, dessa maneira, assume contornos muito mais conflitantes, porque ele é considerado um doente mental infrator de uma norma penal.

Apesar de a luta pela reforma psiquiátrica ter-se iniciado na década de 1970 e de ter sido promulgada a reforma Psiquiátrica no Brasil em 2001, os portadores de transtorno mental infratores não têm sido suficientemente beneficiados pela reestruturação da atenção psiquiátrica no país e raramente conseguem ter acesso aos dispositivos de substituição da hospitalização.

A história das políticas de assistência à saúde mental no Brasil demonstra uma progressiva atenção voltada à promoção, à proteção e à recuperação em conformidade com os princípios do SUS – universalidade, integridade e equidade. Deve-se enfatizar que enquanto as políticas de saúde mental foram se adequando às novas necessidades do

atendimento extra-hospitalar, a legislação penal brasileira manteve as mesmas práticas segregacionistas e criminalizadoras em relação à doença mental. Diferentemente do que ocorreu na Itália<sup>20</sup>, a Reforma Psiquiátrica Brasileira não cessou, no plano do direito penal, o caráter de periculosidade atrelado ao doente mental e, no plano civil, a interdição dos direitos individuais dos loucos de qualquer gênero (TILIO, 2007).

Deve-se ressaltar, ainda, que os hospitais que atendem a população carcerária não se adequaram às diretrizes do SUS, permanecendo à margem da reforma psiquiátrica. Elas não são vinculados às Secretarias Estaduais ou Municipais da Saúde e geralmente estão subordinados às Secretarias de Justiça, Segurança ou Penitenciária<sup>21</sup>, dificultando ainda mais a adequação às novas diretrizes, pois a inexistência a intersetorialidade nos domínios da Saúde e da Justiça institucional.

A Reforma Psiquiátrica exigiu um amplo investimento na rede básica de saúde e uma grande diversidade de dispositivos substitutivos ao tratamento em hospitais psiquiátricos. A ampliação da cobertura tem como base os procedimentos: Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>22</sup>, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospital-Dia e Residências Terapêuticas (SRT) e, dessa forma, viabiliza a desinstitucionalização dos pacientes internados e a redução dos leitos hospitalares.

Se todas as medidas possibilitaram uma significativa redução<sup>23</sup> dos leitos psiquiátricos existentes, o mesmo não ocorreu com os HCTPs do país, com exceção de Minas Gerais, estado que implantou o Programa de Atenção Integral ao Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), adequando-se à reforma psiquiátrica.<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> A Lei 180, que promulgou a Reforma Psiquiátrica Italiana, revogou o artigo do código penal italiano que atrelava o caráter de periculosidade ao doente mental e o internamento por duração indeterminada.

<sup>21</sup> O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima I e II está subordinado à Secretaria de Administração Penitenciária dentro da Coordenadoria de Saúde do Sistema Prisional.

<sup>22</sup> O Programa Saúde da Família é uma estratégia de ações que priorizam a prevenção e a promoção da saúde, através do atendimento médico prestado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou por meio de visitas domiciliares.

<sup>23</sup> Segundo dados do Ministério da Saúde, no período de 1996 a 2005, os leitos psiquiátricos no Brasil foram reduzidos de 72.514 para 42.076.

<sup>24</sup> O Tribunal de Justiça de Minas Gerais criou o Programa de Atenção Integral ao Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ) em parceria com movimentos sociais de defesa dos direitos dos portadores de sofrimento mental – Fórum Mineiro de Saúde Mental, a Associação dos Usuários de Saúde Mental, os conselhos Federal e Regional de psicologia, o Grupo de Defesa dos Portadores de Transtorno Mental – que

Entende-se que a problemática da medida de segurança exige uma abordagem intersetorial, de modo que as políticas voltadas para os doentes mentais infratores fossem atuadas em conjunto pelas áreas da Saúde e da Justiça. Apenas em 2002, iniciou-se efetivamente a discussão sobre a questão do doente mental infrator e os Hospitais de Custódia de forma intersetorial, quando foi realizado O Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Nesse encontro, organizado pelos Ministérios da Saúde e da Justiça após a promulgação da Lei federal 10.216/2001 e da Portaria 628<sup>25</sup>, que implementava ações e serviços consoantes com o princípio e diretrizes do Sistema Único de Saúde para a população do Sistema Prisional Nacional, concluiu-se pela necessidade de integrar as ações dos HCTPs<sup>26</sup> às diretrizes gerais da Reforma Psiquiátrica. Por essas diretrizes, o SUS e a rede de atenção à saúde mental devem responsabilizar-se pelo tratamento da pessoa submetida à medida de segurança. Em suma, ficou evidenciada a necessidade de incorporar as pessoas submetidas à medida de segurança na rede de cuidados do SUS, prática que não tem acontecido, até o presente momento, nos HCTPs existentes no Brasil.

Entre 2003 e 2004, os Estados do Rio de Janeiro, Goiás e Bahia, com o apoio do Ministério da Saúde, realizaram um censo clínico, jurídico e psicossocial dos infratores submetidos à medida de segurança, internados em manicômios judiciários ou presídios comuns. Constatou-se que grande parte dos internos poderia beneficiar-se de tratamentos na rede de

---

buscam viabilizar o tratamento na rede de saúde mental para a população prisional portadora de sofrimento mental, através do acompanhamento da aplicação das medidas de segurança.

A equipe do PAI-PJ realiza uma avaliação inicial do caso e, imediatamente, o acompanha até a rede pública de saúde visando à construção de um projeto clínico. Pode ser que o caso peça uma internação de crise que resulte em uma internação hospitalar ou no centro de referência em saúde mental, ou outros tipos de encaminhamentos, como serviços de atenção em hospital-dia, tratamento ambulatorial em centros de Saúde, inserção do usuário em oficinas de trabalho terapêutico, centros de convivência, orientação e tratamento odontológicos, assistência social, dentre outros. *“Assumimos a posição de que a ampliação do acesso à experiência cidadã faz bem à saúde mental e à convivência com a ordem social. Acesso a educação, moradia, trabalho, cultura, ao lazer e à cidade, ressignificam a dimensão da vida para o cidadão que cometeu um ato infracional e produz novos sentidos”* (BRASIL, 2001: 3).

<sup>25</sup> *“Trata-se, afinal, de uma portaria formulada pelos Ministérios da Saúde e da Justiça, que pela primeira vez, aprovando o Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário, reconhece a população confinada em presídios e manicômios judiciários como uma clientela sob a responsabilidade também da área da saúde”* (BRASIL, 2002b: p. 6).

<sup>26</sup> A contradição mais evidente do tratamento recebido pelo doente mental infrator estava em considerar os estabelecimentos onde se cumpre a medida de segurança como hospitais (art. 99 do código penal), visto que não se integravam ao sistema único de saúde (leis 8.080 e 8.142/90), mas ao sistema penitenciário.



atenção à saúde mental extra-hospitalar do SUS, o que, até o presente momento, também não foi efetuado. Passado anos, o Estado de São Paulo ainda não realizou o referido censo na busca de ampliação do atendimento do doente mental infrator na rede de atenção do SUS.

Tendo em vista a necessidade de adequação do manicômio judiciário às funcionalidades do SUS, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) aprovou a Resolução nº 5, em 5 de maio de 2004, estabelecendo diretrizes para a adequação das medidas de segurança à lei 10.216/01. Ficou definido, segundo a 1ª diretriz, que o tratamento aos portadores de transtornos mentais considerados inimputáveis “*visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio*”, tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desospitalização e a superação do modelo tutelar. Com efeito, a medida de segurança deve ser aplicada de forma progressiva, por meio de saídas terapêuticas, evoluindo para regime de hospital-dia ou hospital-noite e outros serviços de atenção diária, tão logo o quadro clínico do paciente assim o indique. A regressão ao regime anterior só se justificará com base em avaliação clínica, segundo a 12ª diretriz. Essa resolução pode ser entendida como uma tentativa de adaptação do Manicômio Judiciário aos dispositivos da denominada sociedade de controle, ou seja, o controle por fluxos a céu aberto. Contudo, esta mudança não deve ser entendida como uma abertura total dos espaços de confinamentos dos loucos criminosos, os espaços asilares tornam-se apenas mais voláteis através dos tratamentos em CAPS e Hospitais-Dia, mas perpetuam-se as práticas de normalização, de medicalização e exclusão dos demoninados anormais. Em suma, a mesmas práticas com novas modulações.

Apesar, entretanto, da aprovação desta mudança, não há registro de nenhum interno do Manicômio Judiciário que tenha sido enviado para o tratamento extra-hospitalar. Ademais, verifica-se uma dificuldade de adaptação desses internos em tais instituições, o que é justificável, em virtude do estigma de periculosidade que os acompanha e provoca o receio em profissionais que trabalham com eles.

Em 2005, foi realizada uma nova Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental, que buscou discutir, mais uma vez, a Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental no Brasil. Nesse encontro foi apresentada a estimativa de que 4.000 brasileiros estavam, até a

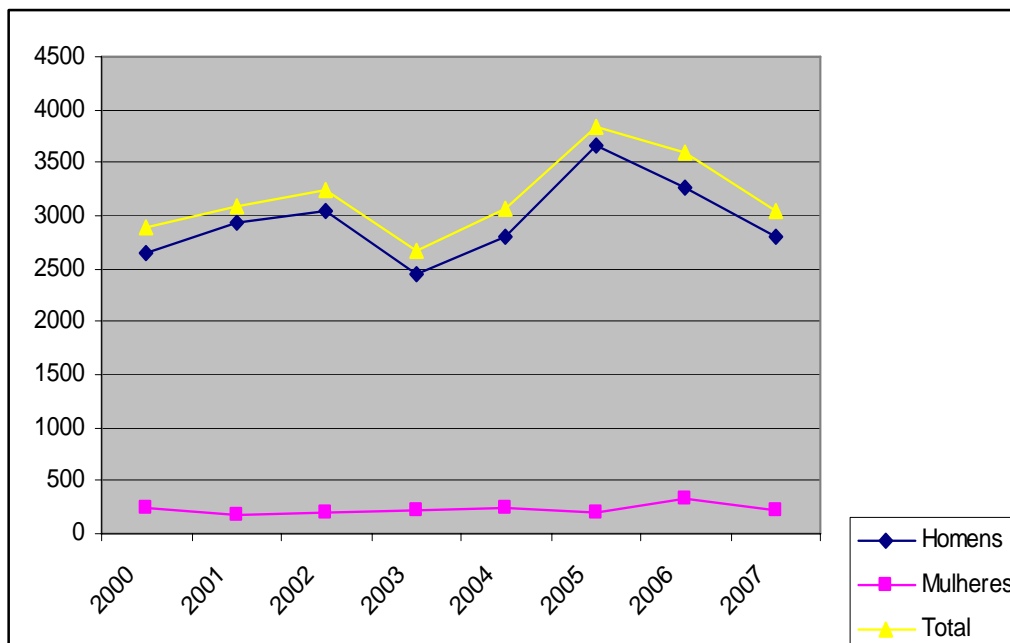
data da conferência, internados compulsoriamente nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou Manicômio Judiciário, em funcionamento no país (BRASIL, 2005).

Ao se analisar a adequação dos HCTPs à Reforma Psiquiátrica, fica evidente que grande parte dos pacientes nunca chegou a ser acolhida na rede SUS; que um número significativo de pacientes com medida de segurança cessada acaba retornando ao HCTP por dificuldade em obter tratamento extra-hospitalar; que o número de CAPSs existentes ainda é bastante inferior para atender à demanda; que há resistência por parte da aparelhagem extra-hospitalar em acolher pacientes egressos de HCTPs (BIONDI, KOLKER, FIALHO, s.d.).

Segundo dados do Ministério da Justiça, DEPEN (Departamento Penitenciário), de 2000 a 2007, verificou-se que a população penitenciária cumprindo medida de segurança em regime de internação em HCTPs, apesar de sofrer algumas oscilações para menos (em 2003, diminuiu em 8%) ou para mais (em 2005, houve um aumento de 32%), atinge o ano de 2007, com um aumento de apenas 5% dos internos. Fica, pois, comprovado que essas instituições não sofreram mudanças significativas, apesar da Reforma Psiquiátrica, como atesta o quadro abaixo. Os números de internações por medida de segurança não foram reduzidos, bem como não aumentaram o número de desinteração. A sociedade e o Estado persistem na prática de confinamento dos indivíduos que consideram perigosos!

**Quadro 6:**

**Total da População Interna em HCTPS, no Brasil,  
no período de 2000 a 2007**



Fonte: MJ/DEPEN

Durante a Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental, em Brasília, enfatizou-se que o critério de cessação de periculosidade para a desinstitucionalização de pacientes precisa ser superado e que isso é possível, justamente, graças aos dispositivos da rede extra-hospitalar, tais como os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios e Centros de Convivência. No evento, porém, também se denunciava a resistência que as novas práticas vêm enfrentando:

A construção de novas práticas para um segmento historicamente situado à margem, inclusive do Sistema de Saúde, encontra resistência na rede de atenção extra-hospitalar de saúde mental, na rede SUS em geral, nas comunidades de origem dos pacientes e nos órgãos de justiça, que, não raro, sugerem a reinternação de pacientes em manicômios judiciais mesmo na ausência de novo delito (BRASIL, 2005: 52).

Kolker, Fialho e Biondi (s.d: 26) apontam que outro fator, não menos relevante, para o avanço da Reforma, é a participação dos beneficiários na construção de políticas ao louco infrator. Em suas palavras:

Com a cidadania já restringida pela condição de ‘doente mental’ e, o que é pior, com o rótulo de ‘irresponsável’ conferido pelo exame de sanidade mental, o portador de transtorno mental infrator nunca é chamado a responder por seus atos ou opinar sobre o projeto terapêutico que melhor lhe convém.

Todos esses argumentos são reforçados por Dr. Pedro, entrevistado nesta pesquisa:

A inserção do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha na Reforma Psiquiátrica é a nova batalha travada pela luta antimanicomial. Se o regime ambulatorial criado pela reforma psiquiátrica – CAPS, NAPS e Hospital-Dia – fossem efetivos, não haveria necessidade da internação de 90% dos internos que estão no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. (...) Há ainda, uma resistência por parte da justiça em incluir a instituição neste programa e por parte da atenção extra-hospitalar de saúde mental, na rede do SUS em aceitar os pacientes loucos infratores em sua rede de tratamento em São Paulo.

Há de se esclarecer, no entanto, que entre os próprios profissionais da saúde há discordâncias relativas à adequação da atenção extra-hospitalar do SUS aos doentes mentais infratores. Em entrevista com Dr. Guido Palomba, médico psiquiatra, ficou clara a sua posição com relação às modificações propostas para o tratamento dos doentes mentais: *“a reforma psiquiátrica nos manicômios é uma insanidade de alguns colegas”*. Em seus depoimentos, o entrevistado esclarece que apesar de ser pequeno o número de doentes mentais que apresentam periculosidade, dentro de um regime de tratamento ambulatorial, muitos pacientes voltariam a delinquir, sendo, portanto, impossível a extinção dos manicômios judiciários.

*“A lei é código penal! Se a lei determina x anos de internação, não serão esses siderados, (sic) que não acreditam na loucura, que dirão que esse indivíduo não será internado. Ele tem que ser e ponto final”*, afirmou Palomba. O psiquiatra verbaliza o discurso corrente, de que tais loucos criminosos devem ser banidos da sociedade, pois são perigosos e não estão aptos para viver nela. Em declaração à revista *Psique*, Palomba confirma seu posicionamento, afirmando *“(...) que determinadas pessoas, como assassinos em série, os que eliminam familiares e os franco-atiradores devem ser mantidos longe da sociedade, em casas de custódia e tratamento”* (ROCHA, 2008: 38).

Ao ser questionado sobre a reinserção social dos doentes mentais infratores, Palomba afirmou a esta pesquisadora:

É claro que há uma reabilitação. Mas é claro também que a reinserção é menor do que se esse indivíduo tivesse cumprindo pena corporal. Na pena corporal, o juiz pode decretar 10 anos e em 10 anos, sem benefício nenhum, esse indivíduo vai para a rua. Na medida de segurança ele só vai para a rua se cessar a periculosidade. Pode demorar 10, 15, 20 anos, como também pode nunca ser cessada.

Com relação ao projeto de desinternação progressiva do HCTP II de Franco da Rocha<sup>27</sup>, Palomba afirma que não são todos os internos que podem frequentar esse projeto, antes de ser transferido para essa unidade, o paciente deve ser submetido a um exame psiquiátrico de cessação de periculosidade, com laudo a ser atestado por um psiquiatra forense.

Em seu livro, *Tratado de Psiquiatria Forense Civil e Penal* (2003), o psiquiatra demonstra sua crença no biodeterminismo lombrosiano do século XIX, ao afirmar que os traços de um psicopata podem ser evidenciados em “*estigmas físicos de degeneração*” como anomalias no nariz, nas orelhas, assimetria na face e outras deformidades.

Em perspectiva oposta, o criminologista Virgílio de Mattos declara que “*o psicopata é uma invenção da psiquiatria para justificar a prisão*” (ROCHA, 2008: 38). Afirma ser impossível calcular a periculosidade de um indivíduo, bem como garantir se um infrator – doente mental ou não – irá, ou não, voltar a delinquir. Os critérios empregados por profissionais da perícia psiquiátrica forense, tais como o conteúdo do pensamento, alteração na atenção, forma de falar, tom de voz e outros aspectos analisados, como compreensão do crime que cometeu e seu arrependimento, demonstram a fragilidade dos exames de detecção da periculosidade. “*Isso não é científico*” (Idem: 38).

Em uma dimensão mais ampla, Passetti (1999: 62) aponta que “*a sociabilidade autoritária moderna não suporta o diferente, porta um projeto moralizador com base na concepção de prevenção geral que pretende normalizar a sociedade suprimindo ou investindo na esperança de reeducar e integrar os perigosos*”.

---

<sup>27</sup> Ver capítulo 2.

O sistema penal e a psiquiatria forense dirigem-se para o controle dos que são considerados diferentes ou desviantes de uma normalidade fictícia, construída socialmente e exigida para o convívio social. Criam-se classificações e catalogam-se os comportamentos que serão criminalizados em prol da segurança social, com a justificativa de uma periculosidade detectada por um médico psiquiatra forense.

### **3.4. Problematização da Medida de Segurança<sup>28</sup>**

Cada período histórico, segundo Foucault (1989), produz técnicas de intervenção em setores indesejáveis social e politicamente. Esses processos relacionam-se com discursos de verdade ligados a processos políticos e econômicos predominantes, que legitimam a intervenção. No âmbito do Manicômio Judiciário, os discursos que predominam são o jurídico e o psiquiátrico. Cabe, então, neste momento expor as modificações legais que ocorreram ao longo da história brasileira com relação aos doentes mentais infratores.

Foi apenas a partir de 1890 que a legislação brasileira incluiu tais indivíduos no código penal, instituindo que eles não poderiam ser considerados culpados por seus atos, se "*por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil forem absolutamente incapazes de imputação*" ou "*os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime*". Nestes casos, como eram isentos de culpa deveriam ser "... *entregues às suas famílias ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público*"<sup>29</sup>. Cabe explicitar que este código não previa a diminuição de imputabilidade e responsabilidade penal. Em suma, ou havia plena ou nenhuma imputabilidade penal, ou seja, não é reconhecida a semi-imputabilidade.

Este Código foi fortemente influenciado pelos ideais de Rousseau, Hobbes e Montesquieu, no que tange ao livre-arbítrio e à inteira responsabilidade dos homens por seus atos, sendo considerado um inimigo social o indivíduo que quebrasse o contrato social firmado entre os homens.

---

<sup>28</sup> Em Anexo, o Fluxograma Geral dos Processos de Execução Penal do IBCCRIM.

<sup>29</sup> Código Penal de 1890, artigo 27, 28 e 29.

Com a influência da então Escola Positivista, emergiu o conceito de periculosidade nos tribunais brasileiros, que acarretou a presença dos psiquiatras nos julgamentos de loucos criminosos. Foi exatamente a noção de periculosidade que permitiu ao discurso da psiquiatria ocupar lugar no espaço que determina o poder de intervenção no corpo do louco criminoso. Adotando a premissa de que os loucos criminosos precisavam de tratamento e não mais de punição, a pena convertia seu fim retributivo em preventivo. Todos os atos desviantes da norma social eram considerados, segundo a Escola Positivista, fruto de degeneração hereditária ou adquirida por hábitos corrompidos moralmente (TILIO, 2007).

Visto que na década de 1920 surgiram os primeiros Manicômios Judiciários, o código penal de 1940, fortemente influenciado pelas doutrinas positivistas em defesa da ordem social, adequou-se aos novos discursos sobre o tratamento do louco criminoso. O código penal, promulgado por Getúlio Vargas, instituiu como inimputável, um criminoso que por doença mental seja incapaz de entender o caráter ilícito do fato, regulamentando as medidas de segurança de internação, tratamento e perícia médica. Foi o primeiro a admitir a existência de um meio-termo entre a plena e a ausente imputabilidade e responsabilidade penal. O doente mental infrator, naquele momento, conforme as teorias lombrosianas, passou a ser considerado um perigo à ordem social, devendo ser recolhido em Manicômios Judiciários enquanto durasse sua periculosidade. Adotou-se, dessa forma, o tratamento com base na concepção preventiva da periculosidade em defesa da ordem social.

De acordo com Ferrari (2000: 27), esse Código Penal adotou

o sistema do duplo binário, vindo a medida de segurança a ser normatizada ao lado da pena, tendo ora o fim de complementá-la, quando relacionada aos responsáveis, ora o objetivo de substituí-la, quando da aplicação aos irresponsáveis.

Tais propostas foram fundamentadas nas elaborações Heitor Carrilho, médico psiquiatra que desempenhou um importante papel no desenvolvimento e consolidação da Medicina Legal e Psicologia Jurídica no Brasil e na implantação de três manicômios judiciários no país, em São Paulo, Barbacena e Porto Alegre. Carrilho (*apud* CARRARA, 1998) qualificava os doentes mentais criminosos conforme o estado de consciência no momento do crime, avaliando, assim, a responsabilidade legal dos criminosos e estimando sua

probabilidade de cura. Com efeito, os critérios de inconsciência do ato e de periculosidade social seriam derivados da constituição e da personalidade do infrator, sendo o crime apenas um “*sintoma visível*” da anormalidade do indivíduo (CARRARA, 1998).

É com a reforma penal de 1984 que o código adota o sistema vicariante e a medida de segurança, fundada na periculosidade social do sujeito inimputável e semi-inimputável, passa a ser aplicada apenas aos inimputáveis, tendo como fundamento a natureza preventiva. Observa-se que o imputável, segundo a reforma, pode ser considerado culpado, enquanto o inimputável pode ser considerado apenas socialmente perigoso, e o semi-imputável fica na condição de culpável e socialmente perigoso. Para os semi-imputáveis aplica-se, primeiramente, a pena reduzida de 1 a 2/3 que pode, a critério do juiz, ser substituída por uma medida de segurança. No caso dos inimputáveis, não se aplica a pena, pois, segundo o discurso jurídico, o indivíduo é absolvido dos crimes cometidos e submetido à medida de segurança. Tanto para os semi-imputáveis quanto para os inimputáveis, a medida de segurança pode ser ambulatorial, em caso de crime punível com detenção, ou cumprida em manicômio judiciário, para casos puníveis com reclusão. Ou seja, o critério para a escolha é definido segundo a gravidade do ato delituoso e a periculosidade do agente infrator.

Nesse momento, o conceito de periculosidade tornou-se aplicável somente aos indivíduos com diagnósticos psiquiátricos, sendo os demais, apenas culpáveis por seus atos. Dessa forma, coloca-se obrigatoriamente uma intervenção psiquiátrica na personalidade e na moralidade do indivíduo.

De acordo com o discurso jurídico sobre o doente mental infrator,

falar em periculosidade do sujeito ativo, somente é correto quando cometido por agente portador de enfermidade mental. E se o ato for considerado bárbaro, hediondo ou atroz, mais uma forte razão para o envio e a assistência na área da saúde, em base a tratamento médico-curativo, a fim de se conseguir a desmistificação (mito ou ficção do direito penal) do rótulo de ‘perigoso’ (NETO, 2004: 2).



Resumidamente, verifica-se que, segundo o discurso penal, o culpável recebe a pena, enquanto que o socialmente perigoso recebe uma medida de segurança<sup>30</sup>; portanto, o culpável e socialmente perigoso fica à mercê de uma pena ou de uma medida de segurança. Nesse sentido, para um indivíduo ser culpável, necessariamente deve ser imputável, pois sobre este indivíduo será posta a responsabilidade expressa na legislação, visto que ele tem consciência do ato ilícito cometido.

Esta questão é tratada nos seguintes artigos do Código Penal (BRASIL, 1940):

*Art. 41 - O condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado.*

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

Para que a lei seja cumprida, instituem-se técnicas de exame, no sentido de avaliar a responsabilidade e a periculosidade do indivíduo que praticou ato delituoso. Ao analisar a capacidade de imputação e a periculosidade de um indivíduo, deve-se buscar encontrar o nexos causal entre o ato ilícito e o transtorno mental. O indivíduo terá o seu sistema biopsicológico avaliado e seus transtornos mentais e de comportamento elencados segundo a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

O Laudo de Exame de Sanidade Mental é uma peça oficial que tem por finalidade instruir o processo criminal como prova pericial (PALOMBA, 2003). A solicitação de exame médico-legal para que se avalie a imputabilidade é realizada pelo juiz e efetuada por um psiquiatra forense.

O exame pericial começa com o estudo pormenorizado do processo, do qual o perito tentará extrair o máximo possível de informações sobre aquele que irá examinar. Assim agindo, estará tendo uma noção (e quanto mais peças tiver, melhor) do motivo jurídico da ação, do escopo das partes

---

<sup>30</sup> Cabe neste momento explicitar a aproximação entre a medida de segurança e a internação aplicada aos menores infratores (ECA, artigo 121). O Código Penal brasileiro estabelece que menores de dezoito anos são penalmente inimputáveis, não podendo responder por seus atos, igualmente aos indivíduos considerados doentes mentais. Dessa forma, o Estado impõe sanções penais aos inimputáveis, afirmando que tais medidas não têm natureza punitiva. Aos menores de dezoito anos são aplicadas as medidas protetivas – aplicada a crianças e adolescentes infratores – e as sócio-educativas – aplicadas apenas aos adolescentes infratores – (ECA, artigo 104), podendo o Estado recorrer à internação antes mesmo da sentença ser promulgada pelo juiz.

envolvidas, das argumentações jurídicas, das provas apresentadas etc. (PALOMBA, 2003: 121).

As partes que compõem o laudo<sup>31</sup> de sanidade mental são:

- dados do examinado (nome, idade, naturalidade, cor de pele etc.);
- fatos criminais (data em que praticou o ato delituoso e *modus operandi*);
- versão do examinado sobre o delito praticado;
- outros subsídios (depoimento de testemunhas e parentes, fotografias, exames caligráficos etc.);
- antecedentes hereditários;
- antecedentes pessoais;
- exame físico (estigmas de degeneração, *piercing*, tatuagem etc.);
- exames subsidiários (hemograma, tomografias, ressonâncias etc.);
- exame psíquico.

O exame psiquiátrico, segundo Foucault (2002a), permite desmembrar o infrator, a partir da análise de sua história, de seu comportamento, de suas relações e de sua personalidade, que são apresentados como origem e motivação do crime. O exame descriminalizará as condutas criminalizadas pelo discurso jurídico, as quais, embora sejam consideradas imorais, são descriminalizadas devido à deficiência mental do infrator.

O essencial de seu papel – do exame – é legitimar, na forma de conhecimento científico, a extensão do poder de punir outra coisa que não a infração. O essencial é que ele permite situar a ação punitiva do poder judiciário num corpus geral de técnicas bem pensadas de transformação do indivíduo (FOUCAULT, 2006: 23).

No século XIX, os loucos eram caracterizados em laudos psiquiátricos como monstros, pervertidos, insensatos, na tentativa de qualificar tais indivíduos como perigosos sociais.

---

<sup>31</sup> O exame psíquico para casos penais deve consignar, além dos achados nas diversas esferas e faculdades psíquicas, a crítica que o examinado estabelece sobre o ato delituoso que praticou, o arrependimento que demonstra e os planos que elabora para o futuro, porquanto esses três itens importam no grau de periculosidade do agente, oferecendo, também, subsídio para a avaliação da capacidade de entendimento do[0] caráter criminoso do fato (PALOMBA, 2003: 137).[0]

Atualmente, as classificações mais correntes encontradas nos laudos são: esquizofrenia, oligofrenia, bipolaridade e personalidade psicopática. Trata-se da apreciação e da classificação da personalidade do indivíduo anormal.

Nessa tentativa de compreensão do ato infrator é que a psiquiatria entra em cena, criando uma nova forma de castigo, considerada pelos juristas, distinta da pena, ou seja, a medida de segurança. O início da jornada do sujeito à submissão começa, certamente, a partir do momento em que a periculosidade é detectada pelos psiquiatras através de entrevistas que orientam o juiz.

Através do conhecimento científico, transformam tecnicamente o sujeito em internável e por ele oferecem aos juízes sua parte de isenção do caso. O juiz, por sua vez, só liberta ou remove o interno mediante o parecer do psiquiatra, e este não tem por que se tornar 'cúmplice' de um futuro reincidente. Assim, ambos se isentam de responsabilidade em nome da ordem. Em suma, psiquiatria e justiça são técnicas de distribuição dos sujeitos em espaços de reclusão (PASSETTI, 1985: 111-112).

Essa nova técnica de transformação do indivíduo materializa-se na normalização do corpo e da mente do louco criminoso, por meio da disciplina imposta no Manicômio Judiciário. A preocupação, nesta abordagem, não está em sancionar a infração cometida, mas sim em controlar o indivíduo, neutralizar sua periculosidade e normalizar seu comportamento. O exame combina técnicas de vigia e sanção normalizadoras, enfim, mesclam-se técnicas que permitem conhecer e controlar o indivíduo. As informações sobre o indivíduo, decorrentes da documentação dos arquivos das instituições disciplinares são, em si, uma forma de poder: primeiro, porque registrar seu comportamento, por si só, já é uma vigilância; segundo, porque é a partir desse conhecimento, extraído por observação, que o sistema definirá se pode, ou não, punir alguém. O louco criminoso é transformado em um objeto de estudo descritível e analisável, com a finalidade de reconstrução de seus hábitos e sua conduta e serão os dados anotados que guiarão o psiquiatra na construção do laudo. Efetivamente, tal como apontado por Foucault (1999b: 160):

o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele que, combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza as grandes funções disciplinares de repartição e classificação, de extração

máxima das forças e do tempo, de acumulação genética contínua, de composições ótimas das aptidões.

É neste sentido que se pode afirmar que, segundo os discursos que pairam sobre os loucos criminosos, a sociedade cria o conceito de periculosidade para se proteger daqueles que considera ameaçadores da ordem. A partir daí, institui a medida de segurança como forma de resguardar a ordem daquele que é perigoso, *a priori*. Como afirma Foucault (1999c: 85),

A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam.

O poder jurisdicional de punir não é mais utilizado sobre as infrações, mas sim sobre o que estes indivíduos representam socialmente. O objetivo jurídico, justificado pelo discurso psiquiátrico, é o de controlar o louco, que traz perigo à sociedade, através da medida de segurança.

Concluído o exame de insanidade mental, o laudo será encaminhado ao juiz, que poderá acatar ou não o parecer dos peritos. Segundo o artigo 182 do Código de Processo Penal, “*o juiz não necessita ficar adstrito ao laudo psiquiátrico, podendo aceitá-lo ou rejeitá-lo no todo ou em parte*”.

Caso a insanidade mental tenha sido arguida e o juiz acate o parecer, ele absolverá o acusado e aplicará a medida de segurança. Esta tem tempo indeterminado em face da situação considerada de periculosidade do indivíduo e deverá ser cumprida num Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, sendo que o internamento do indivíduo em tal instituição se destina ao tratamento psiquiátrico.

No entanto, Ramos (2003), em seu estudo comparativo entre os laudos psiquiátricos de semi-imputáveis e as medidas impostas pelos juízes, identificou que a concordância quanto à semi-imputabilidade foi alta (91,7%); porém, em relação à medida de segurança indicada por psiquiatras, a concordância foi baixíssima (0,43%). A autora concluiu por uma indicação de que

os juízes, embora concordem com a assessoria técnica fornecida pelos psiquiatras no que concerne à diminuição de imputação, consideram a questão da medida de segurança uma questão penal, em consonância com o próprio Código Penal Brasileiro, e não uma questão médica e, portanto, pautada não pelo diagnóstico, mas pelo crime cometido (RAMOS, 2003: 73).

Outra contradição na legislação penal do louco infrator encontra-se no artigo 149 do Código de Processo Penal, que orienta: “*quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal*”. Neste momento, o acusado encontrar-se-á na situação de *caputis diminutio*, ou seja, terá sua liberdade civil diminuída até que sua sanidade seja certificada.

A partir daí, o acusado transforma-se em objeto de análise do perito que avaliará sua sanidade mental. Conforme explicitado no artigo 150 do Código de Processo Penal, para que seja possível realizar o exame, o acusado, se estiver preso, será internado em manicômio judiciário, onde houver, ou, se estiver solto, e o requererem os peritos, em estabelecimento adequado que o juiz designar. Entende-se por estabelecimentos adequados os manicômios judiciários e, em último caso, um hospital psiquiátrico.

Cabe ressaltar que os peritos dispõem de um período de 45 dias para emitir o laudo de sanidade mental do acusado, podendo solicitar, caso necessário, um prazo maior. Nesse período, o acusado deverá permanecer internado aguardando o laudo.

Tais medidas estão baseadas no entendimento de que o doente mental infrator é um indivíduo potencialmente perigoso. Assumida a potencialidade de sua atitude perigosa, o Estado impõe medidas segregacionistas para a garantia da segurança social enquanto não for alegada sua sanidade mental. Fica evidente a defasagem da legislação penal com relação à nova legislação sobre a saúde mental, determinada na lei 10.216/01, no que se refere ao tratamento extra-hospitalar.

Os dispositivos legais aqui explicitados mostram as distinções na aplicação das penas. Revelam que as diferentes formas de reclusão dos indivíduos perigosos são aplicadas

segundo os interesses sociais e políticos, os quais se expressam, em conformidade com técnicas de disciplina intelectual e moral, por meio das punições a aqueles que são classificados como infratores da ordem.

O Manicômio Judiciário, um hospital psiquiátrico que tem por objetivo tratar dos doentes mentais infratores, é administrado pelo poder executivo, mas subordinado a exigências do poder judiciário, visto que seus internos cometeram delitos; por serem inimputáveis foram absolvidos de seus crimes, não podendo cumprir pena, mas cumprem medidas de segurança. Segundo o código vigente, a medida de segurança apenas é interrompida quando o indivíduo estiver totalmente curado e sua periculosidade cessada, por outro lado, há um tempo mínimo obrigatório em sua execução. Caso o psiquiatra responsável pelo tratamento do interno venha a detectar que o indivíduo está apto ao retorno social, será encaminhado ao juiz um pedido de antecipação do laudo de sanidade mental. Contudo, segundo Dra. Olga,

(...) tem juiz que considera que a avaliação pode ser solicitada a qualquer momento, desde que tenha vencido o prazo judicial. Vamos supor uma medida de 3 anos que foi prorrogada por mais um ano. Neste caso, é permitido emitir uma solicitação, pois o interno já cumpriu os 3 anos determinados. Mas há juizes que permitem emitir solicitação do exame mesmo com o prazo judicial em cumprimento – durante esses 3 anos. A aceitação da solicitação tem por base a interpretação da legislação pelo juiz.

De acordo com sua declaração, a solicitação de antecipação do laudo só é aprovada segundo a interpretação legal do juiz, o que acarreta a permanência de pacientes na instituição, mesmo após a cessação do estado de periculosidade, apenas pelo fato de que é necessário o cumprimento do tempo mínimo estipulado.

Há atualmente um debate entre criminalistas sobre uma eventual identidade na natureza das medidas de segurança e das penas. Segundo Peluso (s/d: 2-3), os estudiosos que negam esta aproximação, afirmam que

as penas têm natureza retributivo-preventiva e as medidas de segurança somente natureza preventiva; que as penas baseiam-se na culpabilidade e, assim, são proporcionais à infração cometida, enquanto as medidas de segurança baseiam-se na periculosidade do agente e a ela são proporcionais; as penas estão voltadas para o passado e as medidas de

segurança para o futuro; as penas são aplicadas aos inimputáveis e semi-imputáveis e as medidas somente aos inimputáveis; as penas são fixas e temporalmente determinadas e as medidas de segurança possuem um prazo indeterminado.

Deve-se ressaltar, entretanto, que há incongruências nestas afirmações, visto que as diferenças explicitadas são meramente conceituais. É evidente que as medidas de segurança, assim como as penas, também são voltadas ao passado, pois assumem, como pressuposto para a sua execução, que o doente tenha cometido um delito anterior; da mesma forma que as penas também estão voltadas para o futuro, no momento em que baseiam a justificativa da privação de liberdade na ressocialização do indivíduo e na prevenção de novos crimes, ou seja, na prevenção social. Não há dúvida de que tanto a pena quanto a medida de segurança acarretam a privação forçada da liberdade e a tutela do indivíduo pelo Estado. Em suma, ambas são consequências de um crime cometido, são instrumentos de punição do Estado e devem ser consideradas como sanções penais devido a uma violação legal, ou seja, as duas podem ser caracterizadas como formas de invasão da liberdade individual, pelo Estado, em prol do controle social e da manutenção da ordem.

Pela privação ou mesmo restrição de direitos que toda medida de segurança acarreta<sup>32</sup>, ela acaba se convertendo também em retributiva e não apenas em preventiva. Além do mais, embora tenha sido a periculosidade do agente a motivadora da imposição da medida de segurança, é o tipo de ilícito penal cometido que definirá se a medida de segurança será ambulatorial ou em regime de internação integral em manicômio judiciário. Neste sentido, os fatos expostos demonstram que por mais que a legislação afirme que o indivíduo inimputável é absolvido da culpa pelo ato delituoso cometido e, portanto, não passível do cumprimento da pena, a medida de segurança e seus arcabouços acabam se configurando em pena. Pois, como bem aponta Piedade Júnior (1982: 217), “*Toda medida coercitiva imposta pelo Estado, em função do delito e em nome do sistema de controle social, é pena, seja qual for o nome ou a etiqueta com que se apresenta*”.

O direito penal pode ser considerado o meio mais violento e rigoroso de que dispõe o Estado para a manutenção da ordem e dos interesses, visto que é legítimo o poder de punir,

---

<sup>32</sup> Segundo o Código Civil Brasileiro, todos os indivíduos que forem considerados doentes mentais perdem a capacidade de exercer seus direitos civis, que são transferidos para representante legal.

castigar e excluir indivíduos indesejados. As sanções penais – penas e medidas de segurança –, portanto, sujeitam os indivíduos às regras constitucionais impondo o medo da punição, disciplinando o comportamento e limitando a liberdade individual.

Outro fato relevante e muito debatido por especialistas em direito penal é a inexistência de um limite máximo no tempo de internação do paciente que cumpre medida de segurança. Tal fato contrasta com o artigo 5 da Constituição Federal<sup>33</sup> que determina categoricamente que, no Brasil, não haverá penas de caráter perpétuo. Porém, a não indicação de um prazo máximo para a medida de segurança legitima que, em prol da defesa social e do próprio internado, o tratamento deva persistir até a total recuperação do indivíduo, mesmo que extrapole o máximo de 30 anos previsto por lei no Código Penal em relação à pena de privação de liberdade em penitenciárias. Este item é tratado no primeiro parágrafo do artigo 97 do CP:

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

Nunca é demais lembrar o caso assombroso do índio Febrônio do Brasil que, após cometer atos infracionários, foi considerado louco e internado no manicômio judiciário do Rio de Janeiro aos 27 anos, vindo a falecer, em 1989, após o cumprimento de 57 anos de medida de segurança no Hospital de Custódia Heitor Carrilho.

Como vimos, ao término da medida de segurança em regime fechado, o paciente é submetido a uma avaliação para medir a periculosidade, ou seja, o médico detectará se há chance de que o paciente cometa um novo delito, ou não. Caso o parecer seja favorável, o juiz pode determinar que a continuidade do tratamento ocorra fora do manicômio ou negar a solicitação e prorrogar a medida por mais um ano, dependendo do caso. “*Por isso que a gente fala que a medida de segurança é o único instrumento, pela lei, que permite a prisão perpétua (...)* O médico indica, mas o juiz pode aceitar ou não”, afirma Dra. Olga.

---

<sup>33</sup> "Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes (...)XLVII - não haverá penas (...) b) de caráter perpétuo”.



Segundo a lógica do direito penal, se o interno é portador de uma doença mental e não está cumprindo pena, sua saída deveria ocorrer logo após um psiquiatra detectar cessada sua periculosidade. Mesmo após o psiquiatra ter detectado, no entanto, há a necessidade de uma aprovação judicial que pode, ou não, ser concedida. Assim, diz Dra. Olga: “*Afirmamos que não é o médico que concede a alta ao paciente, mas sim o juiz. Enviamos ao juiz um relatório atestando a cessação de periculosidade do paciente, podendo ser aceito ao não por ele*”.

O criminologista Mattos propõe que a categoria da inimputabilidade por doença mental seja revogada do código penal e que todos os infratores – doentes mentais ou não – sejam considerados imputáveis por seus crimes. Nessa perspectiva, a medida de segurança deixaria de existir e os doentes mentais infratores passariam a cumprir pena por seu delito. Em suas palavras:

É preferível ser preso, como acontece com os normais, uma vez que a inimputabilidade deixa os portadores de transtornos mentais sem direitos mínimos, como a ampla defesa, progressão de regime de cumprimento da pena, remição, indulto e livramento condicional, entre outras garantias da Constituição Federal (ROCHA, 2008: 39).

Nessa mesma linha, a procuradora da justiça Tânia Maria Nava Marchewka afirma que o sistema atual de medida de segurança no Brasil configura-se como uma das maiores violações do direito humano. Em sua argumentação, a procuradora ressalta a necessidade de conciliar a justiça penal com a atual trajetória da política de saúde mental, “*de forma a garantir à pessoa infratora portadora de transtorno mental o direito a saúde nos moldes dos serviços preconizados pela reforma psiquiátrica*” (Idem: 37). Contudo, o que o discurso de ambos deixa claro é a impossibilidade de pensar a superação da medida de segurança além de sua transformação em pena ou mesmo a adaptação da Reforma Psiquiátrica ao Manicômio Judiciário. Com efeito, ambas as mudanças sugeridas perpetuariam a prática de exclusão desses indivíduos e sua estigmatização de perigosos. Seria a continuação da prática de confinamento.

A singularidade dos internados em Hospitais de Custódia necessita o exame crítico e intersetorial dos conceitos de imputabilidade, medida de segurança e periculosidade, bem como a superação do modelo tratamento/custódia, a partir da articulação entre atores da

saúde e da justiça, vistos como componentes essenciais para a superação nestas práticas. É nesta contínua demanda do saber psiquiátrico pelos dispositivos jurídicos, que atuam no cálculo da periculosidade do louco criminoso, que se perpetua a prática do encarceramento e da relação binária normalidade/anormalidade. Urge a necessidade de por fim a estes perpétuos dispositivos de confinamentos e da cultura do aprisionamento.

Neste sentido que o abolicionismo penal entra com uma prática libertadora da cultura do castigo, das punições e práticas de encarceramento. Por fim a isso é experimentar a liberdade de resolver conflitos sem a necessidade de recorrer ao direito penal. É um discurso livre de punição e que toma como meio pacificador a conciliação das partes levando em consideração a singularidade de cada caso em busca de uma resposta-percurso.

A noção de resposta-percurso não comporta um começo nem um fim; ela é deliberadamente inacabada. É um meio possível para o encontro de outras respostas pelas mesmas pessoas, sem a pretensão da universalização como comporta o conceito modelo. (...) Não há receitas nem mediações, apenas a relação horizontalizada entre os envolvidos num acontecimento específico em que singulares ressonâncias habitam suas vidas no presente. Distante da espera pelo fim das prisões e das modulações de encarceramento a resposta-percurso problematiza as reacomodações das celas socialmente aceitas até mesmo no interior do próprio abolicionismo penal e explicita a impossível conciliação com a transfiguração do tribunal como forma de perpetuação de assujeitamentos, presentes nas correntes do Direito conhecidas como garantismo, justiça restaurativa e criminologia crítica. (NU-SOL, s/d.)

O abolicionismo desvencilha-se da idéia da aplicação de uma sentença universal estabelecida nos códigos penais, bem como suprime a idéia de periculosidade. Investe-se na quebra da verticalidade imposta pela justiça que impede que cada situação-problema seja diluída em um tratamento universal. Refletir sobre a situação do denominado louco criminoso, embasado nessas idéias, significa repensar a abordagem médico-jurídica com relação à loucura, no que diz respeito ao direito penal e às atuais políticas de saúde mental, ou seja, implica em questionar os alicerces da concepção de insanidade e de crime. Segundo Passeti (2004: 32), no abolicionismo penal,

Não há (...) medida de segurança (para proteger as autoridades do que se considera louco), nem tão pouco acertos entre os técnicos e autoridades, isentando-os da decisão, mediante a continuidade ou cessação de periculosidade do apenado, segundo laudos de periculosidade.

É necessário, portanto, a partir da prática do abolicionismo penal romper com a dicotomia normalidade/anormalidade, sanidade/insanidade, bem como a cultura do castigo e a superação do encarceramento e da medida de segurança, legitimado pela psiquiatria e pelo direito penal.

## 4. Reticências

---

O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas sociais que o sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois se tornar crítica e ação política (BASAGLIA, 1985: 9).

Difícil tarefa é a de escrever a conclusão de um trabalho. Pensei que ao chegar o momento de escrevê-la, meu trabalho estaria acabado, mas o nó crítico está justamente neste ponto, ou seja, este não pode ser um momento de fechamento, mas sim de abertura para novas discussões, pesquisas e reflexões, por isso chamei este momento apenas de considerações finais desta pesquisa e não do tema aqui abordado.

Procurei demonstrar, ao longo deste trabalho, que a história da penalidade, segundo Foucault, aparece como problema de uma relação específica de poder sobre o indivíduo enclausurado, que inicia sobre seus corpos e utiliza uma tecnologia própria de controle. Essa tecnologia – o Panóptico de Bentham – encontra-se tanto na prisão, como em hospitais, manicômios, exércitos, escolas e fábricas. Foi esse tipo de poder que Foucault chamou de poder disciplinar. Conforme foi explicitada no segundo capítulo, a disciplina funciona como método que permite o controle minucioso das operações do corpo, assegurando a sujeição constante de suas forças e lhes impondo uma relação de docilidade-utilidade. É um poder que não atua no exterior, mas trabalha o corpo dos homens, necessário ao funcionamento e à manutenção da sociedade industrial. É o controle do tempo, isto é, a partir da disciplina se estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir com o máximo de rapidez e com o máximo de eficácia. Nesse sentido, a vigilância é o seu principal instrumento de controle, que implica em um registro contínuo de conhecimentos. Ao mesmo tempo em que exerce um poder, produz um saber. Quando a medicina, com a psiquiatria, inicia um controle do louco, cria o hospício, ou o hospital psiquiátrico, como um espaço próprio para dar conta de suas especialidades; institui a utilização ordenada e controlada do tempo, que deve ser empregada, sobretudo no trabalho. Desde o século XIX, considerado como um meio terapêutico fundamental, monta um

esquema de vigilância total que, se não está inscrito na organização espacial do hospício, baseia-se em uma pirâmide de olhares formada por médicos e enfermeiros, que extrai da própria prática os ensinamentos capazes de aprimorar seu exercício terapêutico.

É neste sentido, que o presente estudo teve como objeto o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha e, como objetivo, debater a aproximação do discurso psiquiátrico e jurídico em prol da contenção da loucura criminoso. Devido às teorias sobre a loucura e sobre a criminalidade e a partir da criação de novas políticas de saúde ligadas a políticas de segurança, surgiram instituições próprias para tais indivíduos, no século XIX, utilizando uma arquitetura panóptica. Essas instituições funcionavam como dispositivos não apenas objetivando a repressão, através da violência, mas também procurando produzir saberes que permitissem a instrumentalização de táticas de controle, fixação e adestramento dos corpos de indivíduos considerados perigosos. Tudo em nome da estabilidade do equilíbrio da ordem social.

O sistema penitenciário, propriamente dito, propõe-se a alcançar quatro objetivos: punir, intimidar, disciplinar e recuperar. Punir significa castigar, até o ponto de causar terror, obtendo assim do detento um efeito intimidador. Logo, a vigilância contínua causa uma disciplina do corpo, juntamente com a intimidação do preso. O caráter recuperador, contudo, torna-se difícil de ser aplicado, dado que a penitenciária tem, antes, por finalidade atender a estas duas exigências: punição e intimidação.

E então, qual seria o objetivo de uma instituição psiquiátrica penal? O hospital psiquiátrico teria como proposta fundamental tratar e recuperar o indivíduo. E é neste ponto que surgem questionamentos: recuperar o quê? O que necessita ser recuperado? Recuperar a que ponto? Com que objetivo? A resposta seria recuperar a *normalidade* do que é considerado *anormal* para a sociedade? Segundo Foucault, os manicômios são construídos para controlar e disciplinar aqueles que não se encaixam nos padrões concebidos pela sociedade, cuja norma é a submissão e a produtividade. Em suma, evidenciou-se que a missão dos Manicômios Judiciários, incluindo o de Franco da Rocha, seria o de separar os considerados loucos criminosos de todo o contato com a sociedade até terem sua periculosidade cessada. Caso isto não fosse possível, dever-se-ia segregá-los para todo o

resto de suas vidas. O atestado de que a política prisional fracassou em reduzir os crimes deve, talvez,

ser substituído pela hipótese de que a prisão conseguiu muito bem produzir a delinquência, tipo especificado, forma política ou economicamente menos perigosa – talvez até utilizável – de ilegalidade; produzir os delinquentes, meio aparentemente marginalizado mais centralmente controlado; produzir o delinquente como sujeito patologizado (FOUCAULT, 1999b: 230).

Como ficou demonstrado em entrevistas com funcionários do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, as internações acabam cronificando os internos, distanciando-os da realidade e do convívio social. Este indivíduo, que é estigmatizado como um louco criminoso, tem seu corpo e sua história marcados pela internação em uma instituição psiquiátrica-penal, dificultando ainda mais a sua inserção social. E destarte, o louco é uma realidade produzida pelo poder: ele passa a se destacar dos outros indivíduos, pois nele são impregnadas características que o tornam desviante do normal seguindo todos, passando a ser individualizado e, com isso, torna-se inepto ao convívio social. O estigma é um atributo que produz um amplo descrédito na vida do indivíduo encarcerado, assumindo a categoria de nocivo socialmente e fora dos parâmetros morais que a sociedade toma como padrão.

Para Artaud (2003: 27),

“o que é um autêntico alienado? É um homem que preferiu tornar-se louco, no sentido que isto é socialmente entendido, a conspirar uma certa idéia superior da honra humana. Foi assim que a sociedade estrangulou em seus asilos todos aqueles dos quais ela quis se livrar ou se proteger, por terem se recusado a se tornar cúmplices dela em algumas grandes safadezas. Porque um alienado é também um homem que a sociedade negou e quis impedi-lo de dizer insuportáveis verdades.”

A loucura é a materialização do insuportável, ela anuncia o que é inaceitável moralmente e socialmente, sendo assim necessário silenciar sua voz através da exclusão social e da criminalização de seus atos. É neste sentido que se pode afirmar, segundo Foucault (1989) que a medicina não tem apenas como alvo tratar as doenças, mas, também, ajudar na organização social. O ramo da psiquiatria, por exemplo, ajuda o judiciário na confecção das

leis e frequentemente esclarece o juizado em sua aplicação em prol da manutenção da ordem social.

Deste modo, procurou-se elucidar que esse duplo discurso, o psiquiátrico-jurídico, apresenta o conteúdo ideológico da exclusão dos indivíduos indesejáveis, inúteis e desestabilizadores da ordem social, para legitimar o que ocorre no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, onde há pacientes internos há mais de 30 anos. Tal prática aparece de forma evidente nas considerações escritas em muitos laudos que levam em consideração, ao detectar o grau de periculosidade, a origem social do criminoso, seu nível de inteligência, sua disposição para o trabalho e seu grau de instrução. São evidenciados, aqui, traços discursivos da prática moderna, de manutenção da ordem social e da utilidade socioeconômica do indivíduo.

Como ficou elucidado, a segregação é justificada pela periculosidade detectada por um psiquiatra durante o exame de sanidade mental, que utiliza o Direito Penal, através da medida de segurança imposta a tal indivíduo, como instrumento de legitimação do controle da ordem social. Nesse momento, o poder jurisdicional não está em punir o ato delituoso, mas no que ele representa socialmente: o anormal que desestabiliza a ordem social. A internação justifica-se na concepção de que o louco criminoso é um indivíduo que não se adapta às normas morais e sociais, não produz e não se amolda aos interesses dominantes. O perigo que representa o doente mental surge da necessidade social de se ter um controle sobre o indivíduo desviante. Compete, em suma, ao Direito Penal exercer um poder de controle e defesa da ordem, afastando-os do convívio social para que se disciplinem e se ressocializem no momento em que sua periculosidade for cessada. Para isso, são criados estabelecimentos em que, teoricamente, o paciente deveria receber um tratamento de forma a disciplinar seu corpo, sua mente e adquirir valores morais e sociais.

Evidenciou-se que é a noção de periculosidade que permite à psiquiatria ocupar o espaço de um dos discursos que determinam o poder de intervenção do louco-criminoso. Cabe ressaltar que não é o discurso psiquiátrico, pelo menos não neste exato momento em que o Manicômio Judiciário de Franco da Rocha está, que prevalece na instituição, mas sim o jurídico. Em 2001 a Reforma Psiquiátrica trouxe uma certa fluidez no tratamento psiquiátrico em instituições fechadas e iniciou o controle a céu aberto, em CAPS e

Hospitais-Dias. De imediato, o Manicômio Judiciário não foi inserido nesse contexto, por se tratar de um manicômio subordinado à justiça. Apenas três anos passados da desativação dos tratamentos em instituições fechadas, o Manicômio Judiciário entrou na pauta para a sua adequação. Até o presente momento, entretanto, isso não ocorreu. A justiça do século XIX cedeu lugar à psiquiatria na determinação da responsabilidade penal e imputabilidade dos criminosos, porém, a decisão do psiquiatra está, imprescindivelmente, subjugada à aprovação do juiz. O propósito do diagnóstico é clínico – médico –, jurídico e moral com a finalidade de permitir sancionar a loucura quando estiver ligada ao rompimento das normas sociais e infração penal.

Em conclusão, os indivíduos que cumprem medida de segurança em manicômios judiciários são duplamente punidos pelo sistema penal: pela sua condição de louco e por ter cometido algum ato infracional. *“Os nossos pacientes tem um duplo estigma, doente mental criminoso. Nem é só doente mental, nem é só criminoso, é doente mental criminoso. A rejeição social é muito maior”*, afirmou a entrevistada Dra. Olga, ex-diretora do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. Evidenciou-se que o internamento, por sua vez, é dispendioso ao Estado e não cumpre o seu discurso de reintegração dos pacientes na sociedade.

A sentença, segundo Foucault, não é apenas o julgamento de uma culpa sobre o fato de ter praticado a infração penal; é mais do que isso, é a constituição da delinquência como meio de normalização, disciplina do corpo e utilização do indivíduo. Com efeito, o direito penal demonstrou ser uma política de investimento na naturalização do castigo, no encarceramento e perpetuação da exclusão de tais indivíduos.

Deve-se dar um fim aos conceitos de imputabilidade, medida de segurança, periculosidade e superar o binômio tratamento/custódia, vistos como componentes essenciais da mudança do quadro de exclusão em que se encontram tais indivíduos. É a perpetuação da imposição da medida de segurança que garante a continuidade do estigma de periculosidade, da loucura vista sob a ótica de doença mental e anormalidade. Neste sentido, o abolicionismo penal demonstra ser um percurso que aparta os efeitos da cultura do castigo e do perpétuo encarceramento através das respostas-percurso para as situações-problema, pondo fim a uniformização das penas e imposição de medidas de seguranças pelo direito penal.



Minha intenção foi propor a reflexão sobre o conceito de anormalidade, loucura e periculosidade e indicar possíveis rompimentos com códigos e sistemas normativos que acabam subtraindo a potência de vida do homem através da uniformização e criminalização dos comportamentos. Este trabalho funciona em favor da descodificação.

## Referências Bibliográficas

---

AMARANTE, Paulo. *Subjetividade e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

\_\_\_\_\_. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

ARTAUD, Antonin. *Van Gogh: o suicida da sociedade*. Tradução Ferreira Gullar. Rio de Janeiro: Ed. José Olympio, 2003.

\_\_\_\_\_. *Cartas de Rodez*. Tradução Ramon Font. Madrid: Fundamentos, 1981.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. *O Alienista*. Porto Alegre: Editora L&PM, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil*. 2006, Disponível em: <[www.abpbrasil.org.br/diretrizes\\_final.pdf](http://www.abpbrasil.org.br/diretrizes_final.pdf)>. Acessado em 26 de março 2008.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BECCARIA, Cesare. *Dos Delitos e da Penas*. São Paulo: Martin Claret, 2000.

BIONDI, Edson; FIALHO, Jorge; KOLKER, Tânia. A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: proposta para a adequação da medida de segurança à lei 10.216/01. s/d. Disponível em: <<http://209.85.215.104/search?q=cache:2yakbgpbV2IJ:www.carceraria.org.br/pub/publicacoes/86ac935a4e8b281472b8a8a97c7e2bd2.216+%22+a+reinsere%C3%A7%C3%A3o+social+do+portador+de+transtorno+mental+infrator%22&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1>>. Acessado em 10 de junho 2007.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 5ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008a.

\_\_\_\_\_. *Código Penal*. 14ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008b.

\_\_\_\_\_. *Código de Processo Penal*. 14ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008c.

\_\_\_\_\_. Projeto de lei Nº 3.657-D, de 1989. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário do Congresso Nacional. Brasília: 1989. Disponível em: <<http://www.saude mental.med.br/final.htm>>. Acessado em 7 de maio 2007.

\_\_\_\_\_. Projeto de lei Nº 10.216/01. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário do Congresso Nacional. Brasília: 2001. Disponível em: <<http://74.125.113.132/search?q=cache:ZK3IoGYoELAJ:portal.mec.gov.br/seesp/arquivos>>

[/pdf/lei10216.pdf+lei+10.216/01&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br](#)>. Acessado em 14 de fevereiro 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n. 628, de 2 de abril de 2002. Dispõe sobre a legislação prisional. 2002a. Disponível em <[http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/sus/portaria\\_interministerial\\_628\\_02.doc](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/sus/portaria_interministerial_628_02.doc)>. Acessado em 18 de maio 2007.

\_\_\_\_\_. Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Relatório Final. Setembro 2002b. Disponível em: <[http://74.125.113.132/search?q=cache:j3JxcdGjk28J:bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Rel\\_Sem\\_Reo\\_Hosp\\_Custodia.pdf+Relat%C3%B3rio+Final.+Semin%C3%A1rio+Nacional+para+Reorienta%C3%A7%C3%A3o+dos+Hospitais+de+Cust%C3%B3dia+e+Tratamento+Psiqui%C3%A1trico&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br](http://74.125.113.132/search?q=cache:j3JxcdGjk28J:bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Rel_Sem_Reo_Hosp_Custodia.pdf+Relat%C3%B3rio+Final.+Semin%C3%A1rio+Nacional+para+Reorienta%C3%A7%C3%A3o+dos+Hospitais+de+Cust%C3%B3dia+e+Tratamento+Psiqui%C3%A1trico&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br)>. Acessado em 22 de agosto 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria SNAS n. 224, de 28 de janeiro de 1992. Dispõe sobre a assistência à saúde. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm)>. Acessado em 29 de setembro 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria GM n. 106/2000. Dispõe sobre a criação das residências terapêuticas. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1006>>. Acessado em 29 de setembro 2007.

CALDEIRAS, Teresa Pires do Rio. Cidade de Muros. São Paulo, Ed. 34, 2000.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o Patológico*. Trad. Maria Tereza R. C. Barros e José Alberto C. Silva. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARRARA, Sergio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. São Paulo: Edusp, 1998.

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

COBIANCCHI, Cláudio José. *Um estudo sobre o laço social em instituições de custódia*. Uma experiência profissional no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Professor André Teixeira Lima. Dissertação (Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

COMISSÃO DE FAMILIARES DE MORTOS E DESAPARECIDOS POLÍTICOS. Instituto de Estudo de Violência do Estado (IEVE). Grupo Tortura Nunca Mais. *Dossiê dos Mortos e Desaparecidos Políticos a Partir de 1964*. São Paulo: Imprensa Oficial, 1996.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DA SAÚDE. Declaração de Alma-Atas, URSS: 1978, Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acessado em: 02 março 2008.

CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 anos depois de Caracas. Organização Mundial da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://74.125.113.132/search?q=cache:LFHdW6fUFUsJ:portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA\\_BRASILIA\\_PORTUGUES\\_final.pdf+Confer%C3%AAnia+Regional+de+Reforma+dos+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+Mental:+15+anos+depois+de+Caracas,+2005&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br](http://74.125.113.132/search?q=cache:LFHdW6fUFUsJ:portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_final.pdf+Confer%C3%AAnia+Regional+de+Reforma+dos+Servi%C3%A7os+de+Sa%C3%BAde+Mental:+15+anos+depois+de+Caracas,+2005&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br)>. Acessado em 7 de junho 2007.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo* – Juqueri, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

DELEUZE, Gilles. *FOUCAULT*. Trad. José Carlos Rodrigues. São Paulo: Brasiliense, 1988.

\_\_\_\_\_. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2006.

DELEUZE, Gilles; GUATTARRI, FELIX. *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997a.

\_\_\_\_\_. *Mil Platôs. Capitalismo e Esquizofrenia*. Vol 4. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997b.

DIWAN, Pietra. *Raça Pura*. São Paulo: Editora Contexto, 2007.

ENGEL, Magali. *Os Delírios da Razão: Médicos, Loucos e Hospício*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

FERRARI, Eduardo Reale. *Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito*. Tese de Doutorado em Direito Penal. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2000.

FONSECA, Guido. *Crimes, criminosos e a criminalidade em São Paulo (1870-1950)*. São Paulo: Ed. Tributária, 1988.

FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico: curso no College de France (1973-1974)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

\_\_\_\_\_. *Estratégias, Poder e Saber*. Col. Ditos e Escritos, Vol. 4. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_. *Os anormais: curso no Collège de France (1976-1975)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

\_\_\_\_\_. *Em defesa da Sociedade: curso no College de France (1975-1976)*. Trad. Maria Ermantida Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

\_\_\_\_\_. *História da Loucura na Idade Clássica*. Trad. José Teixeira Coelho. Rio de Janeiro: Graal, 1999a.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e Punir: o nascimento da Prisão*. Trad. Raquel Ramallete São Paulo. Petrópolis: Vozes, 1999b.

\_\_\_\_\_. *A verdade e as formas jurídicas*. Trad. Roberto Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica/ Departamento de letras N, 1999c.

\_\_\_\_\_. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de um parricídio*. Trad. Denise Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

\_\_\_\_\_. *Microfísica do Poder*. Org e Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

\_\_\_\_\_. *Doença Mental e Psicologia*. Trad. Lílian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

FREZZATTI JUNIOR, Wilson Antonio. *A fisiologia de Nietzsche: a superação da dualidade cultura/biologia*. São Paulo: Editora UNIJUI, 2006.

GARCIA, Carla Cristina. *Ovelhas na névoa*. São Paulo: Editora Rosa dos Tempos, 1995.

GOLDMAN, Emma. (1910) Prisões: falência e crime social. *Verve: Revista Semestral do Nu-Sol/Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP. Nº7*. São Paulo: o Programa, 2005.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Saúde Mental e Direito: um diálogo entre a Reforma Psiquiátrica e o sistema penal*. Monografia em curso de especialização de Direito Sanitário. Brasília: FIOCRUZ & UNB, 2003.

JUSTO, Carolina. “Tolerância zero” e Estado mínimo geram inflação carcerária. *COMCIÊNCIA*, n. 98. Campinas: Unicamp, 2008. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=35&id=411>>. Acessado em: 20/06/2008.

LANCMAN, Selma. *A loucura do outro: o Juquery no discurso dos seus protagonistas*. Dissertação de Mestrado. UFBA, 1988.

LOMBROSO, Cesare. *O homem delinqüente*. São Paulo: Ed. Icone, 2007.

MARTINS, Gisele Alice de Paula. *Modelo, Prática e Políticas em Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado) em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

MOLINA, Antônio Garcia Pablos de; GOMES, Luiz Flávio. *Criminologia*, São Paulo: ED. Revista dos Tribunais, 1997.

MUSSE, Luciana Barbosa. *Políticas Públicas na Saúde Mental na Perspectiva do Biodireito: as experiências dos estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da lei 10.216/2001 e suas implicações*. Tese em Direito (Doutoramento), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2006.

NETO, Cândido Furtado Maia. Medidas de Segurança e Periculosidade e os Direitos Humanos – Doença Mental e Justiça Penal Democrática. *Universo Jurídico*, 2004. Disponível em: <<http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas/default.asp?action=doutrina&iddoutrina=4971>> Acessado em: 2 de março de 2008.

NIETZSCHE, Friedrich. *Aurora*. São Paulo: Editora Escala, 2007.

\_\_\_\_\_. *A genealogia da Moral*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006a.

\_\_\_\_\_. *Além do Bem e do Mal*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006b.

PALOMBA, Guido Arturo. *Tratado de psiquiatria forense: civil e penal*. São Paulo: Atheneu, 2003.

PASSETTI, Edson. Punição e Sociedade de Controle. *COMCIÊNCIA*, n. 98. Campinas, Unicamp, 10/05/2008. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=35&id=416>>. Acessado em: 20 de junho de 2008.

\_\_\_\_\_. Segurança, confiança e tolerância: comandos na sociedade de controle. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 1, São Paulo, Mar. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392004000100018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000100018&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 09 de janeiro de 2009.

\_\_\_\_\_. *Anarquismo e Sociedade de Controle*. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. *Sociedade de controle e abolição da punição*. São Paulo em Perspectiva, v. 13, n. 3, São Paulo, Sept. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88391999000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000300008&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 09 de janeiro de 2009.

\_\_\_\_\_. *Loucos-Criminosos: Uma Questão de Humanização?* *Revista Veredas* n°102/103; São Paulo: PUC-SP, 1985.

PASSETTI, Edson; BAPTISTA, Roberto D. da Silva (org.). *Conversações Abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva*. São Paulo: IBCCrim e PEPG/Ciências Sociais PUC-SP, 1997.

PASSETTI, Edson (coord.). *Curso livre de abolicionismo penal*. São Paulo: Revan, 2004.

PEDROSO, Célia Regina. *Os signos da opressão: história e violência nas prisões brasileiras*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2003.

PELUSO, Vinícius de Toledo Piza. A medida de segurança e internamento para inimputáveis e seu prazo máximo de execução, s/d. Disponível em <[www.editorajuspodivm.com.br/i/f/%7B1D000601-34CD-453A-A7CDF866160363D4%7D\\_amedida.pdf](http://www.editorajuspodivm.com.br/i/f/%7B1D000601-34CD-453A-A7CDF866160363D4%7D_amedida.pdf)>. Acessado em 15/02/2007.

PERRIN, Genil. *Psychanalyse e Criminologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1936.

PIEDADE JÚNIOR, Heitor. *Personalidade psicopática, semi-imputabilidade e medida de segurança*. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

RAMOS, Maria Regina Rocha. *Estudos da concordância entre laudos psiquiátricos de capacidade parcial de imputação e sentenças judiciais*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2003.

REGO, J.P. *Discursos Pronunciados*. Arquivo dos Anais Brasilienses de Medicina, Rio de Janeiro, 1878.

ROCHA, Lúcia. *Como vai a saúde mental, Brasil?. Psique Ciência e Vida*, ano III, 2008, nº28.

RODRIGUES, Nina. *Os africanos no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

ROTTERDAM, Erasmo. *Elogio da Loucura*. Porto Alegre: L&PM, 2003.

SÁ, Evelin Naked de Castro. O Manicômio Judiciário. Saúde ou Justiça?. *Rev. Saúde Pública* v. 19 n.5, São Paulo: out.1985. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101985000500002&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101985000500002&lng=pt)>. Acessado em 10 de janeiro de 2006.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos; ABREU, Marcelo de Paiva. *Estatísticas do século XX*. IBGE, s/d. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/seculoxx/estatisticas\\_populacionais.shtm](http://www.ibge.gov.br/seculoxx/estatisticas_populacionais.shtm)>. Acessado em: 26/07/2007.

SILVA, Antonio Carlos Pacheco e. *O Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo* (Histórico, Instalação, Organização, Funcionamento). São Paulo: 1935.

STIRNER, Max. (1884) *O único e sua propriedade*. Lisboa: Antígona, 2004.

SOALHEIRO, Nina Isabel. *Da experiência subjetiva à prática política: a visão do usuário sobre si, sua condição, seus direitos*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

TAVOLARO, Douglas. *A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha*.<sup>2ª</sup> Ed. São Paulo: SENAC, 2002.

TILIO, Rafael de. “A queda dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais. *Revista Paidéia*, v. 17, n. 37, Ribeirão Preto, maio/agosto. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X2007000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2007000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acessado em: 24 de Marco de 2008.

TÓTORA, Silvana. Democracia e Sociedade de Controle. *VERVE: Programa de Estudos de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, PUC-SP. nº 10 (outubro de 2006). São Paulo: o Programa, 2006.

TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org). *Cidadania e Loucura: Política de Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

### **Jornal Folha de São Paulo/ Folha da Tarde/ Folha da Manhã**

ANÔNIMO. Utilizadas Camas para cercar as camas dos alienados. Folha da Noite. 28 abril 1955.

\_\_\_\_\_. Estacionou durante um ano o plano de reforma do Juquerí. Folha de São Paulo. 19 maio 1955.

\_\_\_\_\_. Tensão e medo no manicômio após a rebelião e 7 mortes. Folha da Tarde, São Paulo, 11 jan. 1983, p. 1; 6.

\_\_\_\_\_. Manicômio volta à calma, mas insegurança persiste. Folha da Tarde, São Paulo, 12 jan. 1983, p. 19.

\_\_\_\_\_. 4 inquéritos apuram a rebelião. Folha da Tarde, São Paulo, 12 jan. 1983, p. 24.

\_\_\_\_\_. Comissão pretende inspecionar Franco da Rocha. Folha da Tarde, São Paulo, 13 jan. 1983, p. 20.

\_\_\_\_\_. Diretor desmente policiais: rebeldes tinham estiletes. Folha da Tarde, São Paulo, 14 jan. 1983, p. 22.

\_\_\_\_\_. A policia atirou primeiro, diz o refém. Folha de São Paulo, São Paulo, 11 jan 1983, p. 1; 11.

\_\_\_\_\_. Inquérito apurarão quem atirou primeiro. Folha de São Paulo, 12 jan 1983, p. 14.

\_\_\_\_\_. Funcionários podem reduzir atividades. Folha de São Paulo, 13 jan 1983, p. 22.

\_\_\_\_\_. Nem hospital nem prisão. Folha da Tarde, 14 jan 1983, p.2.

\_\_\_\_\_. Mudanças no manicômio deverão sair em 30 dias. Folha de São Paulo, 15 jan. 1983.

### **Jornal o Estado de São Paulo**

Anônimo. *Notas e Reformas*. Estado de São Paulo. 19 jan 1898.

\_\_\_\_\_. O Hospital do Juquerí. Estado de São Paulo. 23 out. 1898.

\_\_\_\_\_. 16 mil pessoas compelidas a viver num espaço destinado a 4 mil. Estado de São Paulo. 5 maio 1951.

\_\_\_\_\_. Esclarecimentos sobre o Hospital de Franco da Rocha. Estado de São Paulo. 15 jul. 1962.



## **Gazeta**

CARCALHO, Hécio Carvalho. Assistência aos Psicopatas em São Paulo: Juquerí é pedra de toque desde 1989. 11 março 1963.

## **Sites:**

Diário do Congresso Nacional: <http://imagem.camara.gov.br>

Secretaria de Administração Penitenciária Do Estado de São Paulo.  
<http://www.sap.sp.gov.br/>

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). <http://www.ibge.gov.br/>

IBCCRIM (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais) <http://www.ibccrim.org.br/>

INFOPEN in Ministério da Justiça.  
<http://www.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEITEMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>

Ministério da Justiça: <http://www.mj.gov.br/data/Pages/MJA21B014BPTBRIE.htm>

Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/saude/>

Nu-sol: <http://www.nu-sol.org/verbetes/index.php?id=19>

Secretaria Estadual da Saúde:  
<http://portal.saude.sp.gov.br/homepage.mmp?home=402881b40e9f7c76010ea499333c0037>

SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados): <http://www.seade.gov.br/>

## **Iconografia**

SILVA, Antonio Carlos Pacheco e. *O Manicômio Judiciário do Estado de São Paulo* (Histórico, Instalação, Organização, Funcionamento). São Paulo: 1935.

TAVOLARO, Douglas. *A casa do delírio*: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. 2ª. Ed. São Paulo: SENAC, 2002.

# ANEXOS

---

## Decreto Nº 23.557, de 13 de junho de 1985

*Transfere cargos e funções-atividades do Quadro da Secretaria da Saúde para o Quadro da Secretaria da Justiça e dá providências correlatas*

FRANCO MONTORO, Governador do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições legais e nos termos dos artigos 54 e 55 da Lei Complementar nº 180, de 12 de maio de 1978,

### **Decreta:**

**Artigo 1º** - Ficam transferidos os cargos e funções-atividades das Tabelas e Subquadros do Quadro da Secretaria da Saúde para as Tabelas e Subquadros do Quadro da Secretaria da Justiça, constantes da relação anexa a este decreto.

**Artigo 2º** - Ficam transferidos os cargos e funções-atividades decorrentes de transformação operada pela Lei Complementar nº 318, de 11 de março de 1983, do Quadro da Secretaria da Saúde para o Quadro da Secretaria da Justiça, constantes da relação anexa a este decreto.

**Artigo 3º** - Fica o Secretário da Justiça autorizado a proceder a retificação dos seguintes elementos informativos constantes dos Anexos que fazem parte integrante deste decreto.

I - nome do funcionário ou servidor;

II - número da cédula de identidade;

III - situação do cargo ou função-atividade, no que se refere ao seu provimento ou vacância, em decorrência de alterações ocorridas.

**Artigo 4º** - Ficam mantidas as funções de serviço público classificadas para efeito de atribuição de "pro labore" previsto no artigo 28 da Lei nº 10.168, de 10 de julho de 1968, bem como no artigo 12 da Lei Complementar nº 341, de 06 de janeiro de 1983, com destinação para as unidades do

Manicômio Judiciário.

**Artigo 5º** - As despesas decorrentes da aplicação deste decreto onerarão dotações próprias consignadas no orçamento vigente.

**Artigo 6º**- Este decreto entrará em vigor na data de sua publicação.

Palácio dos Bandeirantes, 13 de junho de 1985.

FRANCO MONTORO.

José Carlos Dias, Secretário da Justiça

João Yunes, Secretário da Saúde

Antônio Carlos Mesquita, Secretário da Administração

Luiz Carlos Bresser Pereira, Secretário do Governo

Publicado na Secretaria de Estado do Governo, aos 13 de junho de 1985.

## **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental:

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º - Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único - São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º - A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º - O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º - O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º - É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância

a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º - A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único - São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º - A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único - O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º - A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º - A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º - O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º - A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10 - Evasão, transferência, acidente, intercorrências clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11 - Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12 - O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)