

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO AMBIENTAL

ANDRÉ RICARDO ANTONOVICZ MUNHOZ

A (DES)CONSTRUÇÃO DO MEIO AMBIENTE MANICOMIAL JUDICIÁRIO:
Análise da Enfermaria Psiquiátrica (do Amazonas) diante da (des)institucionalização da
interface alienista-jurídica

MANAUS-AM

2024

ANDRÉ RICARDO ANTONOVICZ MUNHOZ

A (DES)CONSTRUÇÃO DO MEIO AMBIENTE MANICOMIAL JUDICIÁRIO:
Análise da Enfermaria Psiquiátrica (do Amazonas) diante da (des)institucionalização da
interface alienista-jurídica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas, como requisito parcial obrigatório para a obtenção do título de mestre, sob orientação da Professora Dra. Glaucia Maria de Araújo Ribeiro.

MANAUS-AM

2024

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.

M963(

Munhoz, André Ricardo Antonovicz

A (DES)CONSTRUÇÃO DO MEIO AMBIENTE
MANICOMIAL JUDICIÁRIO : Análise da Enfermaria Psiquiátrica
(do Amazonas) diante da (des)institucionalização da interface
alienista-jurídica / André Ricardo Antonovicz Munhoz . Manaus :
[s.n], 2024

222 f.: color.; 21,0 cm.

Dissertação - Mestrado em Direito Ambiental- Universidade do
Estado do Amazonas, Manaus, 2024.

Inclui Bibliografia.

Orientador: Gláucia Maria de Araújo Ribeiro.

1. Poder psiquiátrico-jurídico-judiciário. 2. Reforma psiquiátrica.
3. Direitos humanos fundamentais. 4. Manicômio judiciário. 5. Meio
ambiente artificial. I. Gláucia Maria de Araújo Ribeiro (Orient.) II.
Universidade do Estado do Amazonas. III. Título

CDU(1997)349.6(043.3)

ANDRÉ RICARDO ANTONOVICZ MUNHOZ

A (DES)CONSTRUÇÃO DO MEIO AMBIENTE MANICOMIAL JUDICIÁRIO:
Análise da Enfermaria Psiquiátrica (do Amazonas) diante da (des)institucionalização da
interface alienista-jurídica

Dissertação aprovada pelo Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Direito Ambiental (PPGDA) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), por meio da Banca Examinadora composta pelos seguintes insignes membros.

Manaus, ____ de _____ de 2024.

Professora Dra. **Glaucia Maria de Araújo Ribeiro**
Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Professor Dr. **Bianor Saraiva Nogueira Júnior**
Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Profa. Dra. **Heloyza Simonetti Teixeira**
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

In memoriam, àquelas pessoas, todas e todos, que, pela condição do seu ser “irracional”, foram, ao longo dos tempos, reduzidas a seres sub-humanos pela impositividade estrutural da (ir)reconhecibilidade social, como é próprio das vidas precárias – ou melhor, precarizadas –, invisibilizadas e silenciadas pela segregação, ainda assim, por maior ou menor tempo, suportaram bravamente o purgatório terreno até o esvair de suas forças e resistência, e caíram, então, sucumbentes ao manicômio, porém, não necessariamente a ele, mas aos delegantes e partidários do plano “racional” exterminante que o inclui(u) para excluir.

Dedico também, à minha mãe, Ivone, a quem devo a dádiva da vida, afortunadamente, não precária.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pela compreensão em relação às minhas ausências durante todo este “meu” introspectivo e feliz período de mestrando, e pelo incondicional apoio. Sinto que isso só é possível como uma das várias e verdadeiras formas de tradução do Amor. À Ana Vilma, esposa e companheira de vida, pela paciência e resignação diante do adiamento “de tudo” para o “depois do mestrado”, e aos meus filhos: Larissa, também agora novíssima mestranda, com quem as conversas e experiências acadêmicas são compartilhadas de forma assimilada e recíproca, e Arthur, o caçula, que se alegra contagiosamente com todos os meus feitos, especialmente os acadêmicos, e que, ao contrário de mim, só tira dez!

A todo o Corpo Docente do PPGDA-UEA, pela oportunidade de crescimento acadêmico e pessoal proporcionada ao longo da jornada do mestrado, enaltecendo-se ainda que a recente e importante conquista do doutorado para o Programa, que beneficiará tanto a sociedade acadêmica quanto a sociedade em geral, constituiu-se como uma coroação da árdua luta e dedicação dos Professores do “nosso Programa”, tanto dentro quanto fora da sala de aula.

A todo o pessoal integrante da Secretaria do Programa, assim como ao da Biblioteca da instituição, que sempre se apresentaram solícitos e dispostos a esclarecer todas as dúvidas e oferecer todo apoio necessário para a resolução das demandas, permitindo-me, como aluno, a dispor de tranquilidade e tempo voltados exclusivamente às demandas e necessidades relativas às atividades acadêmicas.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), pelo apoio e fomento empregados na formação acadêmica de pesquisadores e ao desenvolvimento da pesquisa em terras amazônicas.

À Professora Gláucia Maria de Araújo Ribeiro, que, literalmente, desde meu primeiro dia de aula no curso, após ouvir atentamente a uma acanhada e ainda incipiente descrição do tema a ser pesquisado, fazendo acompanhar de um sorriso animador, não hesitou em aceitar a me orientar. Sorte! Durante suas aulas nas disciplinas oferecidas a cada semestre, pude logo perceber o amor dedicado à educação e ao processo educacional, além, é claro, do conhecimento aliado à humanidade e à empatia que a caracterizam e inspiram seus alunos, confirmando a assertividade do meu prematuro pedido. Especificamente nos momentos de “criação” do trabalho – ou do “filho”, como ela já nos alertara – não foram poucas as vezes em que, além das aflições de ordem técnica, a escuta zelosa e o encorajamento sempre presentes culminaram na superação dos – inicialmente aparentes – “grandes banzeiros”, como se fossem

apenas – o que de fato são, como posteriormente se confirmaram ser – os leves movimentos das águas pela passagem de uma “voadeira”.

Ao Professor Bianor Saraiva Nogueira Júnior, que, desde a minha avaliação oral no processo seletivo de ingresso no curso, participou como um dos integrantes da banca examinadora. Naquela oportunidade, e diante da sempre incômoda perspectiva inerente àquele submetido à posição de examinado no “ritual”, sua serenidade – característica constante, comprovada posteriormente –, foi providencial. Como se vislumbra, ocupou um papel de destaque desde o início da minha trajetória no PPGDA-UEA. Já integrado ao Programa, matriculei-me na sua disciplina eletiva. A complexidade, entendida como teoria do pensamento complexo, tema que aborda em suas aulas e que correspondeu ao meu primeiro contato com o assunto, foi de crucial relevância ao próprio amadurecimento sobre a forma de constituição deste trabalho. Portanto, isso anterior e independente das novas e valiosas contribuições que aportaria posteriormente, quando, então, na qualidade de integrante de outra banca examinadora, para a qualificação do projeto de pesquisa, mais uma vez recebi a honraria de contar com sua presença no respectivo exame e, sobretudo, com as pertinentes indicações para o aperfeiçoamento do trabalho.

À Professora Heloysa Simonetti Teixeira, que, como membro externo da banca de qualificação do projeto de pesquisa, tive menos oportunidades de contato e experiências comparativamente aos demais Professores “da casa”. Apesar disso, assim como já havia percebido nas bancas anteriores de outros colegas em que a Professora foi integrante, em todas – incluída a minha ocasião – demonstrou particular dedicação voltada à criteriosa apreciação dos manuscritos e ao próprio ato de defesa. Suas observações, apontamentos e indicações durante o exame de qualificação do projeto de pesquisa por mim defendido certamente contribuíram de forma decisiva para o aperfeiçoamento e profundidade do produto final resultante.

À Professora Cláudia de Moraes Martins Pereira, da Escola de Direito da UEA, que me acolheu carinhosamente por dois semestres consecutivos como Estagiário em Docência, junto às suas Turmas dos 8º e 9º períodos da graduação, nas disciplinas de Direito das Famílias e Direito das Sucessões. O aprendizado prático em docência sob sua supervisão – assim como a percepção refletida no semblante de todo o seu alunado –, permitiu-me conhecer mais um exemplo de profissional entusiasmada com o ensino e, principalmente, com as pessoas a quem contribui para a formação. Seu estilo particular no exercício do sacerdócio docente é exemplar, marcante e inspirador, sinalizando um modelo cativante e bem-sucedido a ser perseguido.

Ainda, a todas e todos os colegas da Turma 2023, alguns mais próximos, outros menos, mas nenhum distante. Não apenas pelo conhecimento compartilhado, mas também pelas visões plurais que, mesmo nas divergências, fomentaram debates respeitosos, constituindo, assim, um espaço propício e privilegiado para o diálogo de ideias, fértil para o enriquecimento pessoal e mútuo durante nosso processo de formação. A felicidade e a empolgação iniciais, partilhada por cada uma e um quanto à conquista de integrar o PPGDA-UEA, paulatinamente se transformou em satisfação e orgulho coletivo, dia a dia ressaltado e compartilhado no sentimento do íntimo pertencimento ao então "nosso" Programa. Não posso deixar de mencionar, nesse contexto, porém, o momento especial em que o encontramos e alegremente alardeamos e festejamos a aprovação do doutorado, congraçando, especialmente, os discentes e docentes que, precedentemente a nós, empilharam tantos tijolos para tal concretização. Deixaremos aqui, também nós, alguns tijolinhos. Viva ao PPGDA-UEA, com seu doutorado e mestrado. Desejo a todas e todos muito sucesso e felicidades, independentemente de onde quer que os próximos passos os levem!

Há esperanças que é loucura ter. Pois eu digo-te que se não fossem essas já eu teria desistido da vida.
(Trecho de “Ensaio sobre a cegueira”. José Saramago)

Um traço fundamental através dos tempos, no que diz respeito à loucura, é o silêncio dos observadores. Covarde ou suicida, cínico ou arrogante, o silêncio é sempre uma forma de participar da pior forma possível: pela omissão.
(Trecho de “Crime e psiquiatria: Uma saída – preliminares para a desconstrução das medidas de segurança”. Virgílio de Mattos)

RESUMO

A pesquisa se ocupou de examinar as condições ambientais da Enfermaria Psiquiátrica que funciona como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no estado do Amazonas. O objetivo principal foi discutir se essas condições estão em conformidade com as normas de proteção às pessoas com deficiência mental, bem como com o direito-garantia ao meio ambiente equilibrado como fator essencial para o bem-estar e a qualidade da saúde e da vida humana com dignidade. A pesquisa adotou uma abordagem crítica ao modelo hospitalocêntrico, apoiando-se fundamentalmente no paradigma antimanicomial e demais diretrizes próprias da Lei nº 10.216/2001, como instrumento legal componente da política pública institucionalizada e elemento central do sistema diferencial de proteção psicossocial. Além dela, as discussões se basearam em demais normas e padrões internos e internacionais que reconhecem direitos às pessoas em sofrimento mental, com a perspectiva de análise voltada especialmente para aquelas que, além do transtorno psíquico, são sujeitadas à reclusão pela internação compulsória penal. Pela dialogicidade estabelecida entre tais fontes, elas constituem a densificação dos comandos constitucionais como emanados da ordem jurídica vigente, sobretudo àqueles valores ligados aos fundamentos e objetivos da República e os direitos humanos fundamentais e, dentre eles, incluído o da tutela ambiental. O trabalho ainda explorou a contradição entre as práticas no regime das medidas de segurança e os princípios constitucionais que proíbem penas sem culpa, perpetuando a “condenação imprópria” de pessoas consideradas “loucas infratoras” e, em razão disso, destinadas para o ambiente manicomial. Ante a complexidade do objeto submetido à investigação, demandou-se a forma de abordagem pautada na vertente sociológica-jurídica. Assim, para a realização da pesquisa de natureza predominantemente qualitativa, na via metodológica lançou-se mão do método teórico-exploratório conjugadamente com o empírico. Inicialmente, valeu-se do processo investigativo teórico e interdisciplinar, que envolveu diversos campos do conhecimento, o que visou permitir a assimilação sobre o estigma diferenciado que pesa ao “louco infrator” e também incursionar nos objetivos específicos propostos para o trabalho: compreender o enredo histórico-cultural da loucura e o contexto transacional para a sua apropriação pela Psiquiatria e o Direito Penal; analisar o itinerário dos respectivos regimes jurídicos incidentes sobre o “louco criminoso” no Brasil ao longo do tempo, e que levaram à criação e o estabelecimento do manicômio judiciário; e investigar o surgimento do movimento antimanicomial e as respectivas implicações normativas e práticas para o ambiente manicomial judiciário. Em momento seguinte, empregou-se a abordagem empírica como a adequada para a investigação das condições do ambiente manicomial judiciário em foco. A partir daí, sob exame de raciocínio dialógico-dedutivo, prescruou-se se elas estariam em conformidade com as normas que tutelam as pessoas com deficiência mental, informadas pelo direito fundamental a um meio ambiente equilibrado como fator essencial para a qualidade de vida. Do conjunto das evidências materiais extraídas das fontes consultadas, concluiu-se que o contexto da permanência de existência e funcionamento da Enfermaria Psiquiátrica constitui, dia a dia, o prolongamento de um quadro de constante ilegalidade, tendo em vista que não são adimplidas pelo Estado aos cidadãos internados, tanto as prestações estatais relacionadas aos direitos fundamentais ínsitos à tutela jurídica específica da assistência psicossocial, como aquelas decorrentes do dever de assegurar um meio ambiente artificial com características necessárias ao bem-estar e à sadia qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Poder psiquiátrico-jurídico-judiciário; Reforma psiquiátrica; Direitos humanos fundamentais; Manicômio judiciário; Meio ambiente artificial.

ABSTRACT

The research examined the environmental conditions of the Psychiatric Ward that operates as a Custody and Psychiatric Treatment Hospital in the state of Amazonas. The main objective was to discuss whether these conditions are in accordance with the standards for the protection of people with mental disabilities, as well as with the right to a balanced environment as an essential factor for the well-being and quality of health and human life with dignity. The research adopted a critical approach to the hospital-centered model, relying fundamentally on the anti-asylum paradigm and other guidelines specific to Law No. 10,216/2001, as a legal instrument that is part of institutionalized public policy and a central element of the differential psychosocial protection system. In addition to this, the discussions were based on other internal and international standards and norms that recognize the rights of people with mental suffering, with the perspective of analysis focused especially on those who, in addition to the mental disorder, are subject to confinement through compulsory criminal internment. Due to the dialogicity established between such sources, they constitute the densification of constitutional commands as emanating from the current legal order, especially those values linked to the foundations and objectives of the Republic and fundamental human rights, including environmental protection. The work also explored the contradiction between the practices in the security measures regime and the constitutional principles that prohibit punishments without guilt, perpetuating the "improper conviction" of people considered "insane offenders" and, as a result, destined for the asylum environment. Given the complexity of the subject submitted to the investigation, an approach based on the sociological-legal approach was required. Thus, to conduct the research of a predominantly qualitative nature, the theoretical-exploratory method was used in conjunction with the empirical method. Initially, the theoretical and interdisciplinary investigative process was used, involving several fields of knowledge, which aimed to allow the assimilation of the differentiated stigma that weighs on the "insane offender" and also to delve into the specific objectives proposed for the work: to understand the historical-cultural plot of madness and the transactional context for its appropriation by Psychiatry and Criminal Law; to analyze the itinerary of the respective legal regimes affecting the "insane criminal" in Brazil over time, and which led to the creation and establishment of the forensic asylum; and to investigate the emergence of the anti-asylum movement and its respective normative and practical implications for the forensic asylum environment. Next, the empirical approach was used as the appropriate one for investigating the conditions of the forensic asylum environment in question. From there, under examination of dialogical-deductive reasoning, it was investigated whether they were in accordance with the norms that protect people with mental disabilities, informed by the fundamental right to a balanced environment as an essential factor for quality of life. From all the material evidence extracted from the sources consulted, it was concluded that the context of the continued existence and operation of the Psychiatric Ward constitutes, day after day, the extension of a framework of constant illegality, given that the State does not provide the interned citizens with both the state benefits related to the fundamental rights inherent in the specific legal protection of psychosocial assistance, as well as those arising from the duty to ensure an artificial environment with characteristics necessary for well-being and a healthy quality of life.

KEYWORDS: Psychiatric-legal-judicial power; Psychiatric reform; Fundamental human rights; Forensic asylum; Artificial environment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Vista aérea do CDPM I com a Enfermaria Psiquiátrica em destaque	98
Figura 2: Panorama da entrada da Enfermaria Psiquiátrica	99
Figura 3: Porta de entrada à antessala equipada com aparelho para revista pessoal com aparelho de Raio-X precedente ao acesso à Enfermaria Psiquiátrica.....	100
Figura 4: Aparelho de Raio X e porta de entrada da Enfermaria Psiquiátrica.....	101
Figura 5: Interior de uma cela da Enfermaria Psiquiátrica	187
Figura 6: Banheiro que integra a cela da Enfermaria Psiquiátrica	189
Figura 7: Área externa para os internos na Enfermaria Psiquiátrica – parte descoberta	190
Figura 8: Área externa para os internos na Enfermaria Psiquiátrica – parte coberta	190
Figura 9: Mapa das ações estaduais.....	193

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Os dez indivíduos há mais tempo em medida de segurança se comparado à pena máxima em abstrato para a infração penal	106
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
CADH	Convenção Americana de Direitos Humanos
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDPD	Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CDPM I	Centro de Detenção Provisória Masculino I
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNIEP	Cadastro Nacional de Inspeção nos Estabelecimentos Penais
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPCP	Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CorteIDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CRFB/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DPE/AM	Defensoria Pública do Estado do Amazonas
EC	Emenda Constitucional
EP	Enfermaria Psiquiátrica
EPC	Estatuto da Pessoa com Deficiência
FMRJ	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
HNA	Hospital Nacional de Alienados
LINDB	Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro
LRP	Lei da Reforma Psiquiátrica
MJ	Manicômio Judiciário
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MNPCT	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
ONU	Organização das Nações Unidas

PAI-PJ	Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator de Goiás
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PFDC/MPF	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
PL	Projeto de Lei
PO	Pavilhão de Observação
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SEAP	Secretaria de Estado de Administração Penitenciária
SIDH	Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
UMF/CNJ	Unidade de Monitoramento e Fiscalização das decisões e deliberações da Corte Interamericana de Direitos Humanos no âmbito do Conselho Nacional de Justiça

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 A CONSTRUÇÃO COMPREENSIVA DA LOUCURA NA DIMENSÃO HISTÓRICO-CULTURAL: DA <i>MANIA</i> AO MANICÔMIO JUDICIÁRIO	26
1.1 O TRAÇADO DO FENÔMENO: DA ANTIGUIDADE AO “GRANDE ASILAMENTO”	27
1.1.1 A Antiguidade.....	28
1.1.2 A Idade Média	30
1.1.3 O Renascimento	32
1.1.4 A Modernidade.....	34
1.1.5 A Medicalização	38
1.2 A COAPROPRIAÇÃO ALIENISTA-PENAL DO DEFICITÁRIO MORAL	42
1.2.1 A Escola Clássica.....	45
1.2.2 A Escola Positiva	48
1.2.2.1 Lombroso.....	50
1.2.2.2 Ferri	53
1.2.2.3 Garofalo	55
1.3 NA DICOTOMIA JURÍDICA, A PSIQUIATRIA ANUNCIA A RELATIVIZAÇÃO ...	56
1.3.1 A Monomania de Esquirol e a Degenerescência de Morel	57
1.3.2 A degenerescência no Brasil com Nina Rodrigues.....	61
2 O REGIME JURÍDICO E O AMBIENTE DE CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: PERICULOSIDADE E SEGREGAÇÃO	65
2.1 O ITINERÁRIO NORMATIVO BRASILEIRO.....	67
2.1.1 O Código Criminal (Imperial) de 1830.....	69
2.1.2 O Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil de 1890	70
2.1.3 O Código Penal de 1940	73
2.1.4 A Reforma de 1984.....	78
2.2 HISTÓRICO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO BRASIL.....	84
2.2.1 Hospício de Pedro Segundo	85
2.2.2 Do assistencialismo à medicalização: a transformação do Hospício no Hospital Nacional de Alienados e o Pavilhão de Observação.....	88
2.2.3 O surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil	91

2.3 INFERÊNCIAS E CONSIDERAÇÕES SOBRE O AMBIENTE MANICOMIAL JUDICIÁRIO CONTEMPORÂNEO	94
3 O DIREITO COMO PRODUTO DA EVOLUÇÃO HUMANITÁRIA E SOCIAL: MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E CONQUISTAS NORMATIVAS.....	110
3.1 O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL: A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA (ITALIANA) COMO INSTRUMENTO ESSENCIAL AO RECONHECIMENTO DA CIDADANIA E A (RE)AFIRMAÇÃO DE DIREITOS NO BRASIL.....	111
3.2 DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS	127
3.2.1 <i>Standards</i> internacionais: a proteção diferencial.....	134
3.2.2 <i>Standards</i> nacionais: a humanização do tratamento que não o humaniza na medida de segurança	146
4 O DIREITO AMBIENTAL COMO (PRETENSO) VETOR ORIENTATIVO-INDUTOR DA PRÁTICA OBSTATIVA-DESCONSTRUTIVA SOBRE A ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA.....	165
4.1 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO COMO INTEGRANTE DA DIMENSÃO ARTIFICIAL DO MEIO AMBIENTE	166
4.2 A SAÚDE COMO OBJETO MEDIATO DA TUTELA JURÍDICO AMBIENTAL .	170
4.3 O CONTEXTO NORMATIVO E AMBIENTAL AMAZONENSE DO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA ANTECEDENTE AO ADVENTO DA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA.....	175
4.4 A “ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA”: INSTÂNCIA AMBIENTAL DE PRECARIZAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA	179
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	197
REFERÊNCIAS	203

INTRODUÇÃO

O presente relatório de pesquisa refere-se ao estudo desenvolvido com o objetivo principal de examinar se as condições ambientais da Enfermaria Psiquiátrica (EP) – enquanto equipamento assemelhado e que faz as vezes de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) masculino no estado do Amazonas, instalada e em funcionamento como uma ala predial anexa ao Centro de Detenção Provisória Masculino I (CDPM I) em Manaus – guardariam conformidade com os parâmetros normativos que especificamente visam tutelar as pessoas com deficiência mental, em aliança com a norma constitucional que identifica como assegurado o direito fundamental ao meio ambiente equilibrado como fator essencial para o bem-estar e à sadia qualidade de vida.

Para tanto, lançou-se mão de uma abordagem democrática, crítica ao modelo hospitalocêntrico instituído no campo psiquiátrico tradicional, fundamentalmente assentada sob o paradigma antimanicomial e dos demais preceitos da política pública legalmente instituída no país com a Lei nº 10.216/2001 – Lei da Reforma Psiquiátrica – (LRP), a qual se caracteriza como norma central de um verdadeiro sistema jurídico protetivo. De forma complementar e dialógica como a LRP, orbitam outras fontes normativas nacionais e internacionais, privilegiando o importante e necessário diálogo das fontes jurídicas de tutela voltada para o público condizente às pessoas em sofrimento mental. No escopo deste trabalho, mais especificamente àquelas que, além do transtorno psíquico, ainda foram selecionados pelo sistema de justiça penal e destinadas à internação no Manicômio Judiciário (MJ), sobretudo à EP como o exemplar amazonense.

A discussão é continuamente atravessada por um fio condutor, consistente no questionamento aos fundamentos teóricos e jurídico-positivos que sustenta(ria)m a validade do regime jurídico penal da medida de segurança, levando à (i)legitimidade da internação no MJ e, portanto, a deste. Essa inquietude é ampliada ante a inexistência da periculosidade como categoria jurídica desde a revogação da Parte Geral do Código Penal de 1940 com nova redação dada pela reforma de 1984, especialmente, à luz da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), cuja ordem proíbe a pena sem culpa, além de penas perpétuas, cruéis ou de morte. Desse modo, contraditoriamente a uma interpretação guiada pelos fundamentos e os objetivos da República, pois, condizente ao princípio da máxima efetividade dos direitos fundamentais, percebe-se a persistência de uma penumbra como rotina prático-jurídica que insistentemente se impõe como obstáculo voltado a não se reconhecer a incidência da plêiade tutelar normativa psicossocial também ao louco (infrator), a quem foi

imposta uma “absolvição imprópria” que, sob uma perspectiva sociológica ou mesmo mais constitucional do fenômeno, pode(ria) ser mais adequadamente designada como “condenação imprópria”.

A eleição do gênero de pesquisa empírico para tratar do objetivo geral¹ decorreu da sua adequação para o conhecimento do objeto de análise sob o recorte e perspectiva propostos. Nesse ponto, nos valem da obtenção de dados por meio de consulta a fontes secundárias, como relatórios de inspeções realizadas *in loco*, provenientes do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP), e da Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE/AM), incluídas neste as imagens acessórias que foram utilizadas como figuras que, por não ferirem posições próprias da dignidade da pessoa humana, como a privacidade, torna dispensada a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa. Entretanto, não se poderia chegar a termo para incursão no objeto de análise propriamente dito, e emprego de uma análise jurídica-dialógica-dedutiva sobre as condições ambientais da EP, sem que antes se procedesse a uma aprofundada pesquisa teórico-exploratória, e de base interdisciplinar ante a complexidade do objeto²⁻³, com aporte de contribuições dos campos como o da Sociologia, Filosofia, Psicologia, Criminologia, Antropologia, Ciência Política, visando permitir a compreensão do estigma social, e a forma como ele historicamente pesou e pesa contra a pessoa rotulada de “louca”. A esse respeito, foi verificado que as consequências mais amplificadas da estigmatização recaem sobre aquela pessoa com transtorno mental que também é tachada com a pecha de “criminoso” para lograr seu etiquetamento como “louco infrator”. Esse genuíno ritual se dá partir do entrelaçamento entre os poderes psiquiátrico e jurídico-judiciário, culminando com a abertura da porta de entrada do MJ, derivado do regime penal da medida de segurança, pautado nos – questionados – discursos da periculosidade e da defesa social.

Desse modo, como um percurso necessário que deveria ser trilhado para qualificar o debate sobre o ambiente manicomial da EP, tornou-se imprescindível, antes, investigar a criação do MJ – correspondente ao redesignado HCTP em 1984 – enquanto instituição. Por sua vez,

¹ Como ensinam Miracy Gustin, Maria Dias e Camila Nicácio (2020, p. 76-77), os gêneros de pesquisa podem ser cumulados “*podendo ser utilizado mais de um deles em determinada pesquisa, notadamente o teórico, que deve vir combinado com ao menos um dos demais gêneros, quando a abordagem não for exclusivamente teórica*”.

² Vertente sociológico-jurídica “*compreende o fenômeno jurídico no ambiente social mais amplo. Analisa o Direito como variável dependente da sociedade [...]. Preocupa-se com a facticidade do Direito e com as relações contraditórias que o próprio Direito estabelece com demais campos*” (Gustin, Dias, Nicácio, 2020 p. 66-67).

³ O próprio Norberto Bobbio (2007, p. 47-48), desde há muito ressalta, como verificável da sua obra “Da estrutura à função”, que “a ciência jurídica já não é uma ilha, mas, sim, uma região entre as outras de um vasto continente. A questão de que o jurista deva estabelecer novos e mais profundos contatos com psicólogos, sociólogos, antropólogos, cientistas políticos tornou-se, especialmente entre os juristas da nova geração, uma *communis opinio*”.

também não se poderia incursionar a debater o MJ sem previamente apresentar o regime jurídico penal da medida de segurança. Da mesma forma, a análise da medida de segurança, exigia que, precedentemente, se apurasse em que circunstâncias se deu a imbricação Psiquiatria-Direito, tornando possível a formação de um espaço privilegiado ao exercício do poder apropriador e excludente do então “louco infrator” pela segregação no MJ. Por fim, antecipadamente ao exame do quadro de entrelaçamento do campo psiquiátrico ao jurídico, se fazia necessário compreender a própria genealogia da loucura e da Psiquiatria.

Diante desse contexto, cada um desses temas como propostos, consistentes em etapas graduais para a construção do trabalho, corresponderam respectivamente aos objetivos específicos da pesquisa em (i) compreender o enredo histórico-cultural da loucura e o contexto transacional para a sua apropriação pela Psiquiatria e o Direito Penal; (ii) analisar o itinerário dos respectivos regimes jurídicos incidentes sobre o “louco criminoso” no Brasil ao longo do tempo, e que levaram à criação e o estabelecimento do MJ; (iii) investigar o surgimento do movimento antimanicomial e as respectivas implicações normativas e práticas para o ambiente manicomial judiciário. Esses elementos e a sequência escolhida para a sua disposição configuraram-se necessários para a abordagem do objetivo geral de (i) examinar se as condições ambientais nas quais são sistematicamente executadas as medidas de segurança de internação na EP mantêm conformidade com as normas que tutelam as pessoas com deficiência mental, informadas pelo direito fundamental a um meio ambiente equilibrado como fator essencial à qualidade de vida digna.

No capítulo I, apresenta-se um traçado genealógico da loucura enquanto fenômeno social, com o escopo de demonstrar que o estigma da periculosidade consoante disseminado na sociedade contemporânea encontra suas raízes profundamente arraigadas na própria história da humanidade. Nesse sentido, buscou-se demonstrar a forma da compreensão social sobre a anormalidade individual decorrente de comportamentos considerados desviantes, porém nem sempre encarados sob o aspecto negativo ou que implicasse a interdição do diálogo ou a interação entre loucura e sociedade. O intervalo de observação retroagiu desde a Antiguidade, passando pela Idade Média, com destaque para o “grande asilamento” do final desse período, o surgimento do alienismo seguido do nascimento da Psiquiatria e a difusão do poder psiquiátrico.

Na sequência, tratou-se da aproximação do saber psiquiátrico com o Direito, especificamente o Direito Penal. O diálogo entre as instâncias de poder foi fomentado e intermediado pela Criminologia positiva, notadamente com Lombroso e seus seguidores, representativamente por Nina Rodrigues no Brasil, de modo a permitir o estabelecimento de uma a coapropriação alienista-penal do corpo do deficitário moral, mediante a relativização do

regime jurídico dicotômico da responsabilidade penal própria do Direito Penal Clássico: razão-responsabilidade-pena, desrazão-irresponsabilidade-indiferente penal.

No capítulo II, assentou-se que o mérito do Direito Penal Clássico, conforme proposto por Beccaria sob os auspícios do humanismo de inspiração liberal, gradativamente deixou de funcionar como instrumento de racionalidade e limitação do poder de punir ao se submeter ao discurso legitimador desse poder. Desse modo, passando a ser sufragado pela “necessidade” de higienização e normalização sociais emergente do regime capitalista. Nesse contexto, se apontou que, enquanto sistema estatal de normas de caráter obrigatório voltado à indução de comportamentos segundo padrões preestabelecidos, o ordenamento jurídico se apresentou como um mecanismo idôneo e privilegiado à persecução do fim perseguido da heteronormatização.

Daí é que despontou a importância de explicitar o regime jurídico-penal da medida de segurança no país, visando também demonstrar que, embora ele tenha apenas aportado formalmente na legislação com o Código Penal de 1940, desde há muito antes, no Código Imperial de 1830, que, apesar de inadmitir a responsabilidade penal dos loucos, permitia a prática da sua “internação” mesmo sem culpa e ao mero arbítrio do juiz, para que fossem, ou “recolhidos às casas para elles destinadas” – em regra o destino dado aos marginalizados –, ou entregues às famílias – normalmente reservado aos casos dos financeiramente abastados (Brasil, 1830). Assim, revela-se que a formalização legal do instituto jurídico da medida de segurança não se constituiu no marco inaugural de uma prática decorrente da institucionalização normativa, mas, sim, uma mera reformulação da providência segregacionista previamente estabelecida, somente passando a prever o MJ como local específico legalmente instituído para tanto.

Ainda no segundo capítulo, fez-se uma apresentação do panorama histórico brasileiro de assistência em saúde mental. Tratou-se desde a inexistência de hospitais exclusivamente psiquiátricos, até a sua instituição com o “Palácio de Guardar Doidos” de D. Pedro II. Nesse ínterim, também se abordou o curso do processo nacional de transição do campo do alienismo à Psiquiatria. Além disso, sobre a criação legislativa do MJ como política pública em 1903, verificou-se inicialmente o desencadeamento da constituição de não mais que uma ala, a Seção Lombroso, ainda como integrante do Hospital Nacional de Alienados (HNA) e, posteriormente, com a inauguração, de fato, em 1921, do primeiro MJ da América Latina, também localizado no Rio de Janeiro. Nesse ponto, ainda se organizou uma amostragem de evidências relativas a alguns determinados ambientes HCTP contemporâneos espalhados pelo país, permitindo-se,

por meio do exercício de raciocínio indutivo, inferir-se o cenário nacional geral desse tipo de instituição total.

No capítulo III, revelou-se o contexto de articulação no período pré-redemocratização, as lutas travadas pela categoria dos profissionais da saúde, da sociedade em geral e também pelos movimentos sociais organizados, no sentido de ver instituído como política pública um modelo abrangente e inovador, o que veio a sagrar-se contemplado no texto da CRFB/88 com o Sistema Único de Saúde (SUS). De forma paralela e imbricada àquelas, destacou-se os esforços e ações desenvolvidos pelos movimentos específicos da luta antimanicomial, impulsionados pelo contexto generalizado de denúncias e constatações, desde as apresentadas pelos profissionais em saúde mental diretamente envolvidos com a questão, como as dos próprios pacientes e familiares, relativamente às condições desumanas e aviltantes caracterizadores do quadro hospitalocêntrico psiquiátrico no país.

O lema: “A liberdade é terapêutica” foi e é a pedra de toque das lutas do passado, do presente e vindouras ligadas ao movimento antimanicomial. O modelo da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), na esteira do pensamento e práticas de Franco Basaglia, conforma uma proposição revolucionária, consistente em uma nova forma de cuidados e atenção em saúde mental, que influenciou a política de abordagem no mundo, incluindo o Brasil. Dada a amplitude de reconhecimento ao trabalho e seu conseqüente sucesso, até mesmo a presença pessoal de Basaglia no país teve seu peso, destacadamente quando em determinada ocasião, visceralmente atordoado com as péssimas condições de internação que verificou junto ao Hospital de Barbacena, não sem razão – como se poderá conferir ao longo do trabalho –, desencadeou a comparação como um genuíno “campo de concentração”. Nessa esteira, em 1989 surgiu uma proposta legislativa visando impor reforma profunda ao modelo assistencial-psiquiátrico. Porém, sem muito apoio e força necessários, considerando entre outros inúmeros interesses conflitantes envolvidos, como os dos proprietários de hospitais psiquiátricos privados que recebiam financiamento público, o projeto não avançou por longo tempo. Entretanto, o caso de Ximenes Lopes, ao desencadear genuína pressão internacional, imprimiu censo de necessidade e urgência para a sua aprovação, em 2001, como a LRP.

Demonstrou-se que o reconhecimento normativo do paciente psiquiátrico como sujeito de direitos levou à consequência de identificá-lo e tratá-lo como pessoa, o que, no contexto do Estado de Direito contemporâneo, condiz a caracterizá-lo como um verdadeiro cidadão. Então, dado tal *status*, ele é credor das posições jurídicas inerentes à cidadania, como decorreria para qualquer outro cidadão, sem admissão de discriminação, salvo a positiva para a tutela diferenciada devida em razão da sua condição especial, como concretização do princípio da

igualdade na dimensão substancial, emanada dos valores e sob a orientação do princípio da dignidade da pessoa humana. Nesse sentido, discutiu-se não ser admitida pela ordem jurídica vigente a imposição de discriminação dentro da própria minoria integrada pelos “doentes mentais” para afastar a tutela normativa específica quando, além de “doente mental”, o cidadão for também etiquetado penalmente e transformado no “louco infrator”.

Ainda dentro desse quadrante, considerou-se que, além dos instrumentos normativos que tutelam a categoria das pessoas com transtorno mental, também há necessidade de se aventar a incidência da tutela jurídico-ambiental relativamente ao ambiente destinado aos cuidados e tratamento desses cidadãos, sob a orientação da saúde como o aspecto primordial a ser assegurado. Da mesma maneira como no passado existiram os hospícios para a internação dos pacientes psiquiátricos em geral, caracterizados como ambientes eminentemente desumanos, verificou-se a plena aplicação concretizadora da LRP culminando na sua extinção. Entretanto, em relação ao MJ, como ambiente destinado à institucionalização do paciente psiquiátrico cuja porta de entrada do serviço público foi o sistema de justiça criminal, mantém-se de forma ilegal o seu funcionamento. Desse modo, perante o problema em evidência, debateu-se a importância da realização de uma interpretação jurídica orientada ainda pela tutela jus-ambiental, correspondentemente à efetivação do direito fundamental ao meio ambiente equilibrado como fator essencial ao bem-estar e à saúde humana.

No capítulo 4, prescramos as condições ambientais da EP, à luz da fundamentação teórica interdisciplinar previamente levantada, buscando compreender sua colmatação, ou não, aos padrões normativos da tutela psicossocial devida, além da eventual conformação com o dever estatal prestacional, consistente em assegurar, de fato, um meio ambiente artificial para o internamento convergente com o comando constitucional, sob a perspectiva da sua dupla dimensão protetiva – individual e difusa –, do direito ao meio ambiente em equilíbrio como condição necessária ao bem-estar e à saúde relativamente ao público da EP, considerado como aquele dos pacientes internados e dos que podem vir a ser internados no equipamento.

Inicialmente, fez-se um relato da política pública e prática estatal ao longo dos tempos em relação aos cidadãos “condenados” ao cumprimento da medida de segurança de internação no estado do Amazonas. Seguidamente, destacou-se que, de forma assemelhada à EP, o anterior e único HCTP que funcionou no estado, foi também “construído” sob o tom do improvisado. Verificou-se que o descaso desde a concepção do aparelho, não contribuiu para que as providências e eventos posteriores pudessem adequadamente adimplir de alguma forma os padrões devidos em cada época.

Para a análise sobre as condições ambientais e o modo de tratamento dispensado aos internos contemporaneamente na EP, investigou-se por meio de acesso aos relatórios de inspeções realizadas *in loco*, provenientes do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT), do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP), e da Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE/AM). Apesar da variabilidade procedimental verificada quanto aos roteiros e pontos de abordagem na inspeção procedida por cada instituição, como restou perceptível da forma dos respectivos relatórios, em sentido geral, os registros contemplam a exposição de fartas evidências materiais permissíveis a concluir que o contexto da existência e funcionamento da EP constitui, em si próprio, dia a dia, como um quadro de constante ilegalidade.

A conclusão se deve à constatação do fato de que (i) os direitos fundamentais afetos à tutela jurídica específica da assistência psicossocial conforme são devidos, e (ii) o dever de assegurar o meio ambiente artificial com características necessárias ao bem-estar e à sadia qualidade de vida, apesar de corresponderem indissociavelmente com o elemento saúde e, portanto, o aspecto primordial que deve guiar o tratamento em saúde mental, não são adimplidos pelo Estado em relação aos cidadãos internados na EP.

Servimo-nos desse espaço introdutório, ainda, para fazer um importante alerta aos leitores. No transcorrer deste trabalho, utilizamos diversas terminologias como alienado, insano, pessoa com sofrimento mental, paciente com transtorno mental, louco, louco infrator, entre outras. É crucial, portanto, desde o início explicar a razão dessa escolha.

Não se ignora que a terminologia empregada em qualquer forma de comunicação se faz carregada de sentidos. Se estivéssemos abordando o tema em um contexto diferente ou sob outra perspectiva, em que um único termo designativo sociopoliticamente adequado pudesse abranger toda a complexidade envolvida, certamente ele teria sido eleito.

Entretanto, longe de alimentar alguma forma discriminatória de tratamento, a escolha terminológica utilizada nas variadas passagens do texto buscou abarcar todas as dimensões nele debatidas, retratando os signos das concepções históricas e culturais, além de notadamente evidenciar e ressaltar o processo de estigmatização incidente sobre essa parcela específica de cidadãos.

É importante destacar que esse estigma persiste e se reproduz nos mais variados âmbitos da sociedade, não diferentemente no espaço judicial e nos ambientes que lhe servem para a instrumentalização do cumprimento da medida de segurança de internação.

Essa discriminação contínua, há de se enfatizar, é violadora dos ditames da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB/88), que apresenta como fundamento: a

dignidade da pessoa humana; e, a par disso, como objetivos fundamentais, ou seja, os de primeiríssima importância: a construção de uma sociedade justa; a promoção do bem de todos; a vedação à discriminação.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) – talvez por si mesma reveladora da mais adequada nomenclatura –, internalizada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/2009, reforça a proibição do tratamento discriminatório.

Nas próximas páginas, além das condições degradantes enfrentadas pelas pessoas submetidas a qualquer instituição asilar, examinaremos evidências parciais de um contexto muito mais amplo e complexo, no qual, por ação ou omissão, o Estado impôs altos níveis de vulnerabilização a cada um e ao conjunto de (sub)cidadãos invisibilizados, pacientes sujeitados ao ambiente manicomial judiciário brasileiro, mesmo após instituída a política antimanicomial em 2001.

Por isso, independente da terminologia empregada neste relatório da pesquisa, é sobre esses brasileiros e brasileiras diuturnamente asilados no Manicômio Judiciário (MJ), e que ali são submetidos por anos e anos a toda sorte das mais variadas formas de discriminação – sob ordem judicial que sustenta todo esse quadro – que o presente trabalho, na medida possível e dentro das suas limitações, se preocupou em tratar.

A loucura é muito mais **histórica** do que se acredita geralmente, mas muito mais jovem também (Michel Foucault. Trecho de “Doença Mental e Psicologia”, 1975, p. 80).

1 A CONSTRUÇÃO COMPREENSIVA DA LOUCURA NA DIMENSÃO HISTÓRICO-CULTURAL: DA *MANIA* AO MANICÔMIO JUDICIÁRIO

A sociedade contemporânea ocidental considera o sofrimento psíquico como um alvo para intervenções científicas, principalmente médicas ou de outras práticas psi. Nesse contexto, o sofrimento psíquico é rotulado como doença mental, com diagnósticos claramente definidos. A busca pela cura como objetivo final geralmente se resume à (re)adaptação a uma realidade da qual o indivíduo não participa ou lhe é estranha. No entanto, essa visão predominante, embora amplamente aceita, não é a única presente ao longo da história. É conhecido que essa perspectiva se autoproclama como a verdadeira e foi internalizada a tal ponto que até mesmo apresentar os fatos sob uma ótica diferente pode ser visto como ridículo (Silveira; Braga, 2005).

Loucura, delírio, alienação, doença mental e sofrimento psíquico foram entendidos de maneiras diversas em diferentes épocas e lugares. A forma como a loucura é percebida influencia diretamente as práticas e espaços destinados a ela. Portanto, como fonte de apoio e convite à reflexão, torna-se imprescindível a apresentação de um contexto histórico que trace a evolução da percepção da loucura desde a Grécia Antiga até os dias atuais, focalizando os períodos em que ocorreram mudanças significativas na forma de entender e lidar com essa experiência (Silveira; Braga, 2005).

Esse momento inicial de olhar retrospectivo, especialmente reservado para visitação à historicidade da psiquiatria e da loucura, reveste-se de suma relevância ao debate proposto, proporcionando um espaço privilegiado de contemplação de uma visão desconstrutivista da concepção da loucura como disseminadamente arraigada no imaginário social, como conceito necessariamente ontológico-patológico. Na teorização formulada por Foucault (1978) na obra “História da Loucura”, o autor traslada a centralidade da constituição não linear dessa categoria, não apenas para o campo social e cultural, mas na forma concorrente e multifacetada dos diversos espaços, culturas e períodos.

Sob esse enfoque de desnaturalização da loucura e (re)direcionamento para o destaque das subjetividades implicadas nestes verdadeiros processos de construção das categorias sociais é que se busca dialogicamente perquirir e compreender a produção das práticas nos ambientes

manicomiais como os do HCTP, aparentando ser este o ponto de partida necessário para se buscar a concretização do fenômeno da execução da medida de segurança sob a forma idealizada do ambiente antimanicomial. Essa nossa compreensão inaugural se entrelaça com a de outros autores, como a de Virgílio de Mattos (2015, p. 41), para quem, “a origem do hospital psiquiátrico está profundamente ligada à evolução histórica do conceito de loucura”.

Ao analisar o pensamento esposado por Rafael Huertas em “Historia cultural de la psiquiatria”, no qual o autor proclama a importância do debate historiográfico para o impacto e a qualificação necessários ao estudo e às práticas psiquiátricas na atualidade, Daniele Ribeiro (2015, p. 1786) apreende a “preocupação do autor com a construção de um novo modelo de clínica, cuja solução passe pela pesquisa histórica”. Ressalta a autora (2015, p. 1786), a necessidade de utilização desse caráter de abordagem, pois a incerteza e complexidade do objeto, o homem e suas condutas, “tornaria a psiquiatria mais vulnerável às condições políticas, sociais e econômicas”.

Como lembra Nascimento (2023, p. 15), “a percepção sobre as doenças e transtornos mentais nos dias atuais não é a mesma da que se tinha no passado, quando sequer havia consenso sobre o que seria a loucura e qual área do conhecimento humano poderia tratá-la”. Contudo, ainda assim, há de se ressaltar inexistir “unidade do conhecimento psiquiátrico, como, de resto, não existe unidade da Ciência ou da lógica científica” (Costa, 2006, p. 11).

Segundo Silveira e Braga (2005) a atual desrazão, como dimensão de carga atribuída exclusivamente ao “outro”, pode ser observada em diferentes períodos históricos e, inclusive, pode ser considerada fundamental em diversas estruturas sociais ao longo da história. No entanto, apesar da existência desse papel de exclusão ao longo do tempo, nem sempre foi atribuída ao indivíduo louco a responsabilidade de ter em si personificada a irracionalidade.

O primeiro passo para iniciar a caminhada no sentido de cumprir o objetivo proposto à pesquisa, consiste na busca das razões históricas e culturais que possibilitaram a (contraditória) perpetuação dos ambientes HCTP até a atualidade. Para tanto, exige-se como pressuposto necessário, “analisar o surgimento e estabelecimento da psiquiatria, mais especificamente de seu objeto de estudo e controle: a loucura” (Paixão, 2023, p. 16), o que se passa a apresentar a partir de então.

1.1 O TRAÇADO DO FENÔMENO: DA ANTIGUIDADE AO “GRANDE ASILAMENTO”

O comportamento anormal de alguns indivíduos perpassa toda a história da humanidade. O que é mutável nessa linha temporal é a forma de percepção, classificação e responsividade

social e política às anormalidades. Porém, considerando que o registro desses fatos exige sua documentação, sobretudo sob a forma escrita, adota-se o período da Antiguidade Clássica como marco inicial historiográfico-genealógico componente deste trabalho, cuja compreensão permeou: os planos mitológico-teológico, psicológico-passional, e organicista.

Com a queda do Império Romano e a ascensão do Cristianismo verificou-se, em grande medida, uma retomada das “etapas” compreensivas da Antiguidade, entretanto, sob novas reformulações, fundadas desde o plano mitológico-religioso na Idade Média até o advento da organicidade-positivo-cartesiana apregoada pelos alienistas, constituinte do próprio gérmen da psiquiatria contemporânea. Destaca-se, como ponto fulcral desta digressão temporal, o fato da existência da internação “psiquiátrica” antes mesmo do estabelecimento da categoria doença mental.

Nesse panorama, o surgimento do hospital psiquiátrico enquanto asilo, destinado à segregação dos indivíduos ditos “anormais”, corresponde à percepção emergente da necessidade de apartar a anormalidade do meio social valendo-se do seu enclausuramento, precedente ao próprio nascimento da psiquiatria com o seu respectivo discurso homogeneizante-totalizador sobre o fenômeno, responsável pela medicalização da loucura.

1.1.1 A Antiguidade

Embora possa surpreender a nossa perspectiva contemporânea, é válido afirmar que a loucura nem sempre foi vista de forma negativa pela sociedade, muito menos como uma condição patológica na forma de doença mental. Na verdade, na Grécia antiga, ela foi algumas vezes percebida como um privilégio de acesso ao plano divino (Silveira; Braga, 2005).

Não que a noção de loucura, tomada como anormalidade, tenha imperado na Antiguidade sob uma única forma invariável e constante por todo o período. No paralelo entre as percepções de origem de ordem terrena e divina teve-se aberta uma “relação entre experiência mística e consciência crítica [que] vai prevalecer por muito tempo” (Silveira; Braga, 2005, p. 592).

Da análise procedida por Pelbart (1989) relativamente a tal período, resultaram algumas conclusões suas. Primeiramente, na Antiguidade a noção de delírio não era considerada como oposto ao ser, ou seja, não era desvalorizado em relação à razão ou ao pensamento lógico. Em segundo lugar, loucura e pensamento nem sempre foram vistos como opostos ou inconciliáveis. Em terceiro lugar, na cultura grega, havia uma espécie de sabedoria na mania, que representava uma forma alternativa, e até mesmo privilegiada, de alcançar a verdade divina. O pensamento

grego não tinha uma oposição direta, e a irracionalidade divina era considerada como algo além da razão, uma entidade absolutamente distinta, com a qual a razão dialogava e se complementava.

Conforme Pelbart (1989, p. 25), Platão associou “delírio ou loucura (*mania*) à arte divinatória (*mantikê*)”, sugerindo que os antigos viam o delirante como um adivinho, daí que, originalmente, “divinatório” e “delirante” decorriam da mesma terminologia (*manikê*), até superveniente diferenciação, concluindo que o delírio divino é mais belo que o bom-senso humano. Amparado em Sócrates, o autor (1989, p. 24) ainda expõe a contemplação feita à “loucura divina” subdividida em quatro espécies, “correspondentes, cada uma delas, a uma divindade específica: a loucura profética (Apolo), a ritual (Dionísio), a poética (as Musas) e a erótica (Afrodite). Desta série a mais bela é a última, pois leva, como se sabe, à filosofia”.

Já no final do século II d.C., a loucura era interpretada fundamentalmente através de três maneiras: como uma intervenção divina determinante; como resultado de conflitos emocionais humanos, ainda que contando com a permissividade ou imposição dos deuses; e também como consequência de disfunções somáticas, desencadeadas por eventos afetivos (Pessotti, 1994).

Desde Homero até a tragédia grega, prevaleceu a visão mitológico-religiosa da loucura. Os poemas épicos e trágicos apresentavam maneiras distintas de abordá-la. Nos registros homéricos, o ser humano não detinha absoluto controle sobre sua vida, e sua vontade estava sujeita ao dirigismo dos deuses. Assim, para eles demonstrarem sua superioridade sobre os humanos, nas ocasiões que estes lhes afrontassem, retiravam suas faculdades como punição por essa audácia, sendo, portanto, o próprio homem responsável por sua condição, de ter uma forma de pensamento – *formae mentis* – diferenciada. (Pessotti, 1994).

Ainda em Homero, além de mitológica, a causa da loucura, é teológica, cujos reflexos irão atravessar outros períodos históricos. Essa etiologia externa e alheia aos homens, os isentavam dos desvaneios passionais ou rompantes de furor demonstrados atrelados ao fato materializado, do qual serviram unicamente como instrumentais dos deuses (Pessotti, 1994).

Entre os trágicos, especialmente em Eurípides, passa-se a aproximar de uma concepção ligada às causas internas, com a disrupção da loucura despertada pelo sofrimento com os próprios dramas humanos, gerados pela insuperável contradição entre sentimentos como o ódio e o amor, ou despertados pela colisão sentimental com uma norma ética ou social, podendo também emergir de causas passionais. A humanidade poderia enlouquecer a partir dos seus desejos, estabelecendo uma transição da origem mística-religiosa ao estado de conflituosidade interna (Pessotti, 1994).

De Hipócrates a Galeno, surge uma doutrina organicista da insanidade. Aquele, “apresentou uma corrente orgânica, pautando-se pelo estudo de campo da doença mental [...] trazendo a teoria patológica”. Este implementando “uma fisiologia menos mecânica, instituindo a identidade das funções psíquicas, lançando a ideia de um possível aparelho psíquico” (Tagliari, 2020, p. 30).

No âmbito desses três enfoques Antigos (mitológico-teológico; psicológico-passional; e organicista) apresentavam-se as anormalidades sob duas formas: a da agitação ou fúria – posteriormente identificada como mania, derivada de *manias*, condizente ao delírio –; e a triste ou medrosa – posteriormente ligada à melancolia (Pessotti, 1994).

Pessotti (1994) ressalva ainda as doutrinas pneumáticas, responsáveis pela inserção do *pneuma* como um elemento interseccional entre o físico e o mágico na gênese da loucura e, em razão da qual, aduz também que as três perspectivas apresentadas, menos se estabelecem como modelo categórico de classificação, e mais como um recurso pedagógico de ordenamento do conhecimento.

Ainda que, tanto Hipócrates como Galeno, tenham se afastado das concepções de cunho mágico-mitológico, trilhando, respectivamente, correntes de viés orgânico e psicossomático não hierarquizado entre corpo e mente – aproximando-se como um germen influenciador ao que viria a constituir no século XIX o campo da saúde mental – não chegaram a estabelecê-las, esmorecendo os estudos à medida que o cristianismo se disseminava e fortificava pela Europa, (re)emergindo uma renovada noção transcendentalista da loucura, então animada por um novo dogma religioso (Tagliari, 2020).

1.1.2 A Idade Média

Até o século XV não se observava como prática frequente a internação daqueles indivíduos considerados desviantes, ao contrário da realidade advinda com a Idade Moderna, quando os anormais passaram a ser confinados em instituições fechadas para serem vigiados e controlados (Torre; Amarante, 2012).

Na Idade Média, com a hegemonia do poder cristão, começou-se a associar a experiência da loucura à possessão demoníaca. Embasada nessa visão religiosa, quaisquer condutas consideradas anormais, como luxúria, violência física, ambições descontroladas e até o surgimento de doenças corporais inexplicáveis, eram atribuídas a origens demoníacas (Tagliari, 2020).

Nesse contexto, era empregado como plano terapêutico pelos sacerdotes o exorcismo, “um ritual em que se utilizavam água-benta, cruz, imposição de mãos sobre o ‘possuído’ e, através de orações, salmos, conjurações, entre outros, tentava-se fazer a expulsão de demônios”. Os casos tidos como mais severos, impunham-se ainda castigos físicos, acorrentamento, privação de alimentação, sob a alegação de estarem sob influência demoníaca (Silveira, 2009, p. 18).

Não encontramos na Idade Média uma teoria da loucura como um mal em si, e sim uma teoria sobre o mal. Exemplo: o possesso poderia fazer o mal, mesmo assim ele não era mau em si, entendido que foi a vontade obstinada do mal dos demônios que agiu nele. Vinha de fora dele (Barros-Brisset, 2011, p. 43).

Assevera Silveira (2009, p. 19) que “a maior encarnação do mal neste período, entretanto, era a lepra, cujo ‘tratamento’ consistia em colocar os representantes do mal às margens da sociedade”. Como verdadeira herança ao desenvolvimento de uma prática de exclusão social e estigmatizante, os espólios da lepra se transfeririam mais tarde ao encarceramento da loucura.

George Rosen (1994, p. 59) afirma que “a lepra representou a grande praga, a sombra sobre a vida diária da humanidade medieval”, originada provavelmente do contingente de populações forçadas ao deslocamento, resultante das Cruzadas. Com ela, afirma o autor (1994, p. 59), instalou-se um “estado de pavor” sem precedentes na história, emergindo o mecanismo “de isolamento de pessoas vítimas de doenças contagiosas”, relatando ainda, o papel assumido pela Igreja no combate à lepra, citando a presença dos leprosários devidamente regulamentados desde o ano 644, aumentando exponencialmente após o século X⁴.

Encarnando o mal e representando o castigo divino, a lepra se espalhou rapidamente causando pavor e sentenciando seus portadores à exclusão. Durante a alta Idade Média até o declínio das Cruzadas, os leprosários se espalharam por toda a Europa, criando suas próprias comunidades excluídas, totalizando cerca de dezenove mil. Para se ter uma ideia da dimensão no plano continental, no século XII, para um milhão e meio de habitantes de Inglaterra e Escócia consideradas conjuntamente, tinham abertos duzentos e vinte leprosários. No entanto, a partir

⁴ Rosen (1994, p. 61) relata ainda a existência de um ritual solene ao desafortunado “morto-vivo”, como um funeral antecipado para um fim predeterminado: “O isolamento dos leproso tinha regras muito minuciosas e precisas. A realização do serviço funerário, com a participação da vítima, simbolizava a terrível exclusão da sociedade humana. O leproso vinha vestido com uma mortalha, lia-se a missa solene para os mortos, jogava-se terra sobre o doente; então os padres o conduziam, acompanhado de parentes, amigos e vizinhos, até uma choupana, ou um leprosário, fora dos limites da comunidade”.

do século XV há o início de um processo de gradual esvaziamento, cujo declínio melhor se fez observar no século XVI (Foucault, 1978).

O desaparecimento da lepra na Idade Média não foi resultado de tratamentos médicos, mas, sim, da segregação social e da diminuição de contatos com focos de infecção no Oriente após o fim das Cruzadas. Os lugares e os ritos associados à lepra perderam sua utilidade, pois não visavam eliminá-la, mas, ritualisticamente, mantê-la distante. O que permaneceu por muito tempo foram as imagens e os valores ligados ao leproso, destacadamente a importância da exclusão social dessa temida figura (Foucault, 1978).

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas" assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão — essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (Foucault, 1978, p. 10)

Aparentemente nesse período, por necessidade ou não, a humanidade incorporou como verdadeira expressão cultural a prática de excluir socialmente o “outro”. Uma vez assimilada essa prática, a sedução despertada pelo empoderamento, constituído no controle de ditar o destino dos novos “outros”, tornou quase impossível conter o ímpeto de resistência em não (re)produzir, quase que naturalmente, o segregacionismo. Este, então, reverberado como uma forma de gestão política da heterogeneidade, sobretudo no estratagema dominatório de corpos e subjetividades inerente à ordem capitalista futura, da qual o Direito e seus discursos como engrenagens dessa estrutura não escapam imunes às críticas.

1.1.3 O Renascimento

Como um hiato introjetado na consciência social entre a aprendizagem do enclausuramento como dispositivo de afastamento da impureza e o enclausuramento massivo dos marginalizados que viria depois, verificou-se no século XVI uma espécie de encantamento e permissividade ao estilo de vida errante, próprio daqueles identificados com o estranhamento. Com o Renascimento é impresso na loucura um princípio fissural dissociativo entre misticismo e razão, repercutido em diversas dimensões da vida, notadamente no âmbito das artes (Foucault, 1978).

Na Renascença, a ascensão da loucura é notada pela decadência do simbolismo gótico, quando os significados espirituais começam a se confundir, revelando figuras cujo sentido só pode ser apreendido no contexto do insano. As formas góticas, mesmo presentes ainda por um tempo, perdem sua voz e significado, tornando-se apenas presenças excepcionais. Essa liberação da sabedoria gera uma multiplicação de significados que sobrecarrega as coisas, decifráveis apenas no espaço do esoterismo: “o sentido não mais é lido numa percepção imediata, a figura deixa de falar por si mesma; entre o saber que a anima e a forma para a qual se transpõe, estabelece-se um vazio. Ela está livre para o onirismo” (Foucault, 1978, p. 23).

Durante o final da Idade Média, a representação estética das figuras desvairadas do cotidiano não era traço incomum, contando habitualmente com encenações pitorescas e interpretações literárias extravagantes. Além disso, havia indivíduos considerados estranhos ou excêntricos, e obras literárias de caráter romântico ou satírico, como a *Nau dos Loucos* (*Narrenschiff*⁵), que tinha uma versão real⁶. A loucura era um tema recorrente, e a experiência da insanidade era vista como algo imprevisível, despertando tanto medo quanto fascínio, mas ainda não associada a julgamentos morais (Torre; Amarante, 2012).

Enquanto anteriormente esteve associada a todo tipo de impureza sobre o corpo e a alma do louco, agora a loucura desperta um certo fascínio, aguçando uma curiosidade para a observação distanciada do comportamento errático. Como afirmado por Foucault (1978, p. 18), “a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambigüidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens”.

Os desvairados gozavam de uma limitada liberdade, em contraposição ao desatino do porvir. A eles não era permitido adentrar às igrejas, mas, por outro lado, “deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos” (Foucault, 1978, p. 13).

Aparentemente, as cidades cuidavam dos seus, escorraçando, não sistematicamente, apenas os estrangeiros, assim

⁵ Conforme explicado por Foucault (1978, p. 13): “A *Narrenschiff* é, evidentemente, uma composição literária, emprestada sem dúvida do velho ciclo dos argonautas, recentemente ressuscitado entre os grandes temas míticos e ao lado de *Blauwe Schute* de Jacob Van Oestvoren em 1413, de Borgonha. A moda é a composição dessas *Naus* cuja equipagem e heróis imaginários, modelos éticos ou tipos sociais, embarcam para uma grande viagem simbólica que lhes traz, senão a fortuna, pelo menos a figura de seus destinos ou suas verdades. É assim que *Symphorien Champier* compõe sucessivamente uma *Nau dos Príncipes* e das *Batalhas da Nobreza* em 1502, depois uma *Nau das Damas Virtuosas* em 1503. Existe também uma *Nau da Saúde*, ao lado de *Blauwe Schute* de *Jacop van Oestvoren* em 1413, da *Narrenschiff* de *Brant* (1497) e da obra de *Josse Bade: Stultiferae erae naviculae scaphae fatuarum mulierum* (1498). O quadro de *Bosch*, evidentemente, pertence a essa onda onírica”.

⁶ Refere-se a costume frequente na primeira metade do século XV, notadamente na Alemanha, quando os loucos eram confiados a barqueiros para a navegação pelos rios e mares sem destino determinado desde que “largados” em algum local distante do embarque.

confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. Além do mais, a navegação entrega o homem à incerteza da sorte: nela, cada um é confiado a seu próprio destino, todo embarque é, potencialmente, o último. É para o outro mundo que parte o louco em sua barca louca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca (Foucault, 1978, p. 16).

Na Renascença, como explorado por Foucault, verificou-se uma mudança na percepção da loucura, não completamente identificada como uma negatividade legítima. Ela passa a habitar o mundo humano de forma mais secular, encontrando expressão na literatura e nas artes. É nesse momento histórico que “a loucura é no essencial experimentada em estado livre, ou seja, ela circula, faz parte do cenário e da linguagem comuns, é para cada um uma experiência cotidiana que se procura mais exaltar do que dominar”, se constituindo a cultura ocidental nesse período, portanto, estranhamente acolhedora a esse formato de experimentação (Foucault, 1975, p. 80).

1.1.4 A Modernidade

Se a Renascença reservou um espaço de manifestação à loucura junto ao e no meio social, privilegiado na representação e admitido o seu vagar pelas cidades e campos, o que viria na sequência seria o prelúdio de uma herança cujos traços se perpetuariam até a atualidade. Sobre a experiência social da loucura, aduz Foucault (1975, p. 89), restar “claro que o século XVI valorizou positivamente e reconheceu o que o XVII ia menosprezar, desvalorizar e reduzir ao silêncio”.

Este é o período rotulado por Foucault como o da “grande internação”, o qual destaca a estruturação da exclusão social e semeia as condições para o surgimento da psiquiatria um século e meio adiante. A respeito disso, aponta Freitas (2004) que, na transição para o século XVII ocorreu, tanto a reordenação das formas de Estado e Igreja fazerem a caridade aos pobres, quanto a reordenação das políticas de manutenção da ordem pública, em face ao crescimento vertiginoso de vagabundos perambulando pelas ruas de toda Europa, que trariam incômodos ao período de passagem ao sistema capitalista.

Conjuntamente à ascensão dos casos de doenças venéreas, que inicialmente substituíram o papel segregacionista desempenhado pela lepra em relação aos antigos leprosários, novos

espaços de isolamento serviriam também à exclusão social dos andarilhos, pedintes, pobres sem trabalho, inválidos, ou, sinteticamente, toda a sorte de marginalizados em geral. A ideia reinante era a de “tratamento”⁷, que estaria ainda sob a responsabilidade concorrente da Igreja e Estado, paulatinamente preponderando para este, pois é o que detinha o poder de polícia e, por isso, a competência para o seu exercício voltado para a atuação higienista.

Lamarão (2015, p. 27), ao comentar a perspectiva de Foucault, revela o entendimento de que

a pobreza, o ócio e os desvios a eles relacionados não eram simplesmente fruto do desemprego, mas a falta de disciplina e maus costumes, o que demandava o exercício de um poder político que, laicizando a moral e promovendo a sua administração, não apenas excluía da sociedade aqueles que escapavam de suas regras, mas, de modo mais fundamental, criaria e produziria uma população homogênea, de características específicas, corrigida da imoralidade por meio da repressão física do internamento involuntário.

Importante ressaltar que a genealogia do hospital não corresponde à noção automática que integra nosso imaginário nos dias atuais, eis que

quando falamos em hospital nos vem à mente a imagem de uma instituição médica: corredores com enfermarias e doentes deitados em camas e assistidos por médicos e enfermeiros. Não poderia ser diferente, o hospital é o espaço mais importante de exercício da medicina. Mas, não foi sempre assim. O hospital, por mais estranho que isto possa parecer nos tempos atuais, não era uma instituição médica. Foi criado inicialmente na Idade Média como instituição de caridade, que tinha como objetivo oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. E não seria de se estranhar que um pobre e miserável mendigo não fosse também doente! Por isso, para denominar tais instituições religiosas, utilizou-se a expressão ‘hospital’ que, em latim, significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade (Amarante, 2007, p. 22)

Não antes de ressaltar a existência das casas de correção na Inglaterra desde o ano de 1575, a fundação do Hospital Geral em Paris em 1656 é tratado por Foucault como o marco fundamental da “grande internação”, seguido da criação ou adaptação de inúmeras outras da mesma espécie e vertidas para a mesma finalidade. Aqueles que afrontavam os valores sociais estabelecidos, eram candidatos a habitá-los. Computou-se que, somente em Paris, considerando

⁷ A concepção do tratamento, nesse momento, não condizia ao tratamento médico, mas a um misto de assistencialismo com repressão. Sob o fundamento das intenções de assistência à condição de pobreza, inseria-se o tratamento moral aos causadores do incômodo social à ascensão burguesa pré-capitalista.

algum momento da vida, um entre cada cem de seus habitantes, tenha tido passagem por ele (Foucault, 1978).

Para Foucault (1978, p. 89) “a internação é uma criação institucional [...], designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo”, que foi concebida no século XVII sem alguma forma paralela precedente, tratando-se de uma invenção umbilicalmente caracterizada pelas dimensões econômicas e de prevenção social nela implicadas. Portanto, para o autor (1978, p. 89), a internação é “o momento em que [a loucura] começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade”.

Não se tinha, ainda, como o objeto da loucura, a desrazão. Ela estava ligada aos aspectos pessoais da miserabilidade, da indignidade, dos infortúnios, cuja causa era o desvio da moral acrescido da quebra das leis que, naquele tempo, confundiam os preceitos legais e morais, proibindo-se, por exemplo, a mendicância. Daí é que eclodem “novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido” (Foucault, 1978, p. 87). Nessa perspectiva, a precipitação da intervenção, o dito “tratamento”, dirigia-se ao internado em razão do descompasso entre o seu comportamento e o padrão de moralidade estabelecido, mediante a imposição sobre ele dos meios correicionais próprios da internação.

Apesar da denominação de hospitais, não tinham esses ambientes um corpo médico instituído, ao qual se pudesse atribuir como causa essencial da internação o tratamento de saúde de alguém, mas, sim, contavam apenas com algum médico para socorro aos desafortunados nas intercorrências de saúde originadas durante a internação. Pode-se dizer, então, que havia o médico por haver a internação, e não a internação por haver o médico. Antes de tudo, é importante destacar a classificação de que “o Hospital Geral não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 1978, p. 57).

A terapêutica, também de jaez moral, não faz indulgências ao corpo do correicionado, buscando-se a cura da alma, desse modo, “convém castigar a carne, pois é ela que nos liga ao pecado; e não apenas castigá-la, mas pô-la à prova e mortificá-la, não rezear deixar nela vestígios dolorosos” (Foucault, 1978, p. 98). Para o desempenho da função de correição moral dos desvalidos, os diretores estavam autorizados a impor um estranho poder estabelecido no entremeio à polícia e a justiça, dispondo legalmente de

postes, golilhas de ferro, prisões e celas no dito Hospital Geral e nos lugares dele dependentes conforme for de seu parecer, sem que se possa apelar das ordens por eles dadas dentro do dito Hospital; e quanto às ordens que interfiram com o exterior, serão executadas em sua forma e disposição não obstante quaisquer oposições ou apelações feitas ou que se possam fazer e sem prejuízo daquelas, e para as quais não obstante não se concederá nenhuma defesa ou exceção (Foucault, 1978, p. 57).

Em 1676 o rei francês determinou que se criasse em cada cidade do reino um Hospital Geral. Muitos dos novos foram fixados nas estruturas dos antigos leprosários. As políticas de funcionamento, no mais das vezes eram conflitivas, como de assistência ao pobre e imposição de ordem na miséria, dever de caridade e anseio por punir, as quais respaldavam, sob vestes renovadas, práticas excludentes herdadas dos antigos leprosários. Os espaços vagos dos leprosos, para além da dimensão física, mas, sobretudo, na dimensão imaginária formada e formadora do consciente coletivo, foram ocupados com os “internos”.

Em curto espaço de tempo esses ambientes de internação estavam difundidos por toda Europa. Ao final do século XVIII, locais dessa natureza – hospitais, prisões, casas de detenções –, compunham a realidade da Alemanha, Espanha, Inglaterra, Itália, Holanda. “Em cinquenta anos, o internamento [como nova categoria] tornou-se um amálgama abusivo de elementos heterogêneos” (Foucault, 1978, p. 63).

Foucault, ressalta, também, a ambivalência tecnológica dos internamentos. Assim, quando uma crise econômica se instala

a casa de correção ou os locais do Hospital Geral servirão para a colocação dos desempregados, dos sem trabalho, e vagabundos. Toda vez que se produz uma crise, e que o número de pobres sobe verticalmente, as casas de internamento retomam, pelo menos por algum tempo, sua original significação econômica (Foucault, 1978, p. 76).

Em cenário diverso, sob o império da estabilidade econômica

o internamento adquire um outro 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 foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas (Foucault, 1978, p. 77).

Nessa ambientação correcional da internação, conformada com a quase absoluta soberania atribuída aos seus dirigentes, é que se têm proliferadas as práticas de desumanidade em relação aos internos. Segundo Foucault (1978, p. 57), os atos volvidos para a execução das

medidas de tratamento dispunham de “um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem de repressão”, logo, isentos de alguma outra instância de controle, sendo pertencentes a esse universo os loucos de Bicetrê e Salpêtrière, de onde Pinel os “libertou”.

1.1.5 A Medicalização

Como corolário do racionalismo de René Descartes do século XVII, o plano cartesiano imprime à loucura a certeza própria da ambivalência excludente. Dado esse giro de perspectiva, ela é tomada como a própria desrazão em oposição à razão. Nessa nova ambientação de ideias, o homem pensante, racional, é normal, por outro lado, em direta contraposição, se dotado da desrazão é considerado anormal, portanto, o louco. Entende-se que nada tem a comunicar ou construir, salvo o delírio próprio da desrazão que lhe constituiu. Dada a fórmula “penso, logo existo”, então, o louco, desprovido da capacidade de pensar, logo inexistente, senão apenas fisicamente como uma subvida precária, subalterna, comparável à condição da animalidade (Dornelles, 2015).

Como desprovidos da razão, não mais se sustentava a forma da exclusão dos desajuizados nos hospitais gerais, juntamente com diversos outros marginalizados sociais, sob o jugo da assistência-penitência, visando o reparo de sua dimensão moral destoante. Os ideais humanistas informadores do Iluminismo no século XVIII também não mais admitiam o quadro da “grande internação”. Nesse momento se tem o declínio da internação indiscriminada dos marginalizados, passando os hospitais, então, a assumir o papel aproximado ao desempenhado na atualidade, do provimento dos serviços de saúde. Há a grande libertação de todas as espécies de marginalidades confinadas nos hospitais, ressalvados, porém, os insanos, que diante da não receptividade social, demandavam outra resolução (Dornelles, 2015).

Desviat (2018, p. 94) ressalta o gesto de Pinel acerca da libertação dos alienados que operou em Bicetrê e Salpêtrière, redundando em condição para uma nova compreensão categórica do fenômeno, aduzindo que, a partir daí

a loucura se separa do campo geral da exclusão – dos hospitais gerais, dos hospícios onde se amontoavam mendigos e vagabundos, criminosos, rebeldes políticos e hereges, prostitutas, sífilíticos e alcoólicos, loucos, mas também as esposas perturbadas, filhas abusadas ou filhos perdulários – para converter-se em uma entidade clínica que é preciso descrever, mas também atender medicamente, buscando sua cura.

Tem-se nesse contexto o marco histórico para a medicalização⁸ da loucura. Se anteriormente a loucura esteve jungida a todo o caldo de miserabilidade humana, excluída e reprimida nos hospitais gerais, agora seu destino não seria o da sua conformação ao meio social, mas a perpetuação da internação sob um equipamento específico, o asilo, disseminadamente como ambiente de tratamento e cura, como demandado por Pinel e Tuke. Como asseverado por Foucault (1975, p. 81) a internação “torna-se medida de caráter médico” apresentando o advento “de um [contraditório] humanismo” e de “uma ciência finalmente positiva”.

Robert Castel (1978, p. 189), pondera sobre o resultado do alienismo, que medicalizar “um problema é mais deslocá-lo do que resolvê-lo, porque é autonomizar uma de suas dimensões, trabalhá-la tecnicamente e, assim, recobrir sua significação sócio-política global, a fim de torná-la uma ‘pura’ questão técnica, adscrita à competência de um especialista ‘neuro’”. Nessa transposição de finalidade de dispositivo, do enclausuramento para a internação, aduz o autor (1978, p. 189) que “sem nenhuma dúvida, os alienistas ganharam com isso, já que se trata do seu lugar ao sol”.

A respeito da libertação dos desvalidos do arquétipo dos antigos hospitais e especialmente a situação dos então alienados, Dornelles (2015, p. 37) pondera que “a consciência do final do século XVIII libertava o louco das coações brutais das casas de internamento, mas criava um ‘novo prisioneiro’ do asilo”, não sendo estranho, pois, que ainda hoje façam-se remissão ao termo asilo como espaço privilegiado da medicalização e via terapêutica da loucura.

A ausência de liberdade racional autorizou seu confinamento no asilo, ambiente no qual o positivismo alienista, como predecessor da psiquiatria, se encarregou de especificar a alienação e o tipo do alienado, culminando, então, na criação da doença mental. Essa “que a medicina vai atribuir-se como objeto, se constituirá lentamente como a unidade mítica do sujeito juridicamente incapaz e do homem reconhecido como perturbador do grupo” (Foucault,

⁸ No plano do contexto apresentado, convém explicar que aqui o termo “medicalização” deve ser entendido como o marco histórico de apropriação do fenômeno da loucura pela psiquiatria e, respectivamente, todos os processos de construção de saberes e as respectivas práticas aplicadas no âmbito desse campo, não reduzida ao que o termo contemporaneamente pode nos sugerir, referente inserção de farmacológicos, cujo advento remonta à década de 1930. Para Castel (1978, p. 56) “o essencial na “medicalização” da loucura não é a relação médico-doente, implicação posterior e, durante muito tempo secundária. O importante é a relação medicina-hospitalização, o desenvolvimento de uma tecnologia hospitalar, o desenrolar de um novo tipo de poder na instituição, a aquisição de um novo mandato social a partir de práticas centradas, inicialmente, no baluarte asilar”. Por sua vez, Pombo (2017, p. 9), apresenta como “definição moderna do conceito de medicalização: por um lado, comportamentos anteriormente pertencentes a outras esferas da sociedade, sobretudo o direito e a religião, e, portanto, tratados por outras instituições, como a justiça e a igreja, passam a ser objeto de intervenção da medicina e, no seu interior, da psiquiatria. Por outro, condutas até então não consideradas problemáticas e passíveis de cuidado pela medicina passam a sê-lo”.

1978, p. 147), estabelecendo, assim, as condições necessárias para a compreensão reducionista da loucura pelo e no discurso psiquiátrico.

Robert Castel (1978) apresenta a tecnologia pineliana assentada na “ordem” pautada sob três primas: (i) isolamento do mundo e da família, necessário para que não seja influenciado de forma a manter o encorajamento da própria desordem da doença; (ii) criação de uma rotina localizada no conjunto espaço-temporal do asilo, com a disposição metódica dos espaços e atividades internas específicas a se frequentar, em busca de uma reprogramação moral de hábitos; (iii) a incidência de uma autoridade médica constante, partilhada do médico e auxiliares no cumprimento de suas indicações, no sentido de impor uma reorientação à razão faltante no doente. Em Pinel, assevera o autor (1978, p. 89), essas ordens são sintetizadas como estratégia do tratamento moral proposto, pois “o alienado nada mais é do que um ‘enfermo’, cujo defeito, aliás, frequentemente se apresenta como excesso, imoderação. É necessário dobrá-lo, dominá-lo através de uma relação terapêutica que se assemelha a uma justa entre o bem e o mal”.

Segundo Amarante e Torre (2018, p. 1093) na lógica pineliana, o asilo é assumido como

o lugar do processo pedagógico-disciplinar que permite recobrar a razão e chegar à cura, e conseqüentemente permitiria ao alienado voltar a ser sujeito de direitos e cidadão, isto é, ser livre na medida em que é capaz de escolhas, de desejo e de decisão, atributos impossíveis para um alienado. A exclusão do alienado, nesta lógica, não é uma violência aos seus direitos, e sim medida terapêutica, e não significa perda de direitos, mas direito ao tratamento.

Não mais se reconhece o louco na percepção comparativa de comportamentos entre pessoas, o reconhecimento é realizado a partir da nosologia⁹, em que “as doenças se distribuem segundo uma ordem e um espaço que são os da própria razão”, entretanto, não necessariamente isentas às caracterizações morais (Foucault, 1978, p. 211). A criação do asilo, permitiu a instituição do alienismo com Pinel, fase inaugurada da classificação sob rigorismo positivo em variadas espécies da alienação mental (Desviat, 2018).

Mattos (2015, p. 77) assevera que a concepção produzida pelo alienismo “não acolhe a diferença; ele conjura os seus perigos (da diferença)”. Ao se converter a experiência da loucura em doença mental, aduz o autor (2015, p. 77), ela “passa, então, a ser objeto construído do conhecimento. A existência do louco não é excluída – como a peste –, mas confinada, dominada”. Daí se tem o “diálogo interrompido entre o homem de loucura e o homem de razão”.

⁹ Ramo da medicina que trata da especificação e classificação das doenças.

Aduz Foucault (1975, p. 81), que “Pinel, Tuke, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento; pelo contrário, eles as estreitaram em torno do louco”. Mesmo após a dita libertação das correntes Pinel fez decair os obstáculos físicos de repressão aos doentes, entretanto

reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transformava o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha que seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica. Ele é, no asilo, o agente das sínteses morais (Foucault, 1975, p. 82).

O confinamento da loucura nos asilos e sua submissão como objeto de intervenção do alienismo geram uma nova compreensão dela, moldada pelo discurso médico, que estrategicamente constrói a ideia de loucura como erro e falta de sentido, como desordenamento da razão e perda senso moral, além de ausência de saúde mental (Amarante; Torre, 2018). Percebe-se daí, então, que sob o giro científico positivista, o asilo proporcionou as condições privilegiadas para a “criação” da doença mental enquanto categoria médico-psiquiátrica.

Os conceitos de alienação mental e, mais tarde, de doença mental foram construídos a partir de uma experiência individual e coletiva sobre a loucura, oriunda do processo de constituição do hospício e da medicina mental, no qual a loucura é capturada pelo discurso médico.

[...]

Ou seja, é o asilo como nova instituição para os loucos, espécie de laboratório privilegiado de experimentação e verdadeira “estufa” de observação do novo objeto de conhecimento (a “alienação mental”), que permite o nascimento e desenvolvimento de uma ciência da loucura, inicialmente chamada de medicina mental e, mais tarde, de clínica psiquiátrica (Amarante; Torre, 2018, p. 1092).

Assim, como aduzido por Dornelles (2015), a psiquiatria estabeleceu sua importância e influência política no contexto social, expandindo cientificamente o seu campo de atuação e domínio. Esse firmamento somente foi alcançado na constituição do asilo e dos conceitos do alienismo, que mais tarde constituíram a percepção médica da loucura.

1.2 A COAPROPRIAÇÃO ALIENISTA-PENAL DO DEFICITÁRIO MORAL

A obra "Dos Delitos e das Penas" (1764) de Cesare Bonesana o marquês de Beccaria (1738-1794) tratou-se de elemento fundamental para o surgimento da Escola Clássica do Direito Penal¹⁰. Nela contextualizou-se as razões práticas e filosóficas que inspiraram a ruptura com a injustiça e a opressão do sistema penal medieval, impulsionando um regime mais justo e seguro. Beccaria “transportou as aspirações e esses princípios filosóficos ao campo do direito penal, e veio marcar o pensamento científico específico dessa ciência”, sendo importante sua contribuição não necessariamente pela originalidade, mas a conjunção de variadas ideias iluministas como vetoriais de mudanças nos campos político e econômico (Shecaira, 2020, p. 109-110).

O conteúdo racional e humanista exposto por Beccaria em relação ao estágio do direito penal absolutista se constitui em uma síntese articulada das variadas vertentes propulsoras do Iluminismo e de seus respectivos autores, como Rousseau, Montesquieu, Locke, Voltaire, Diderot, etc, sob o amálgama do elemento unificador, de dissipar a escuridão à luz da razão. A mesma concepção que levaria à Revolução Francesa (1789), sob os ideais de igualdade, liberdade e fraternidade e, posteriormente, no desenvolvimento da doutrina dos direitos humanos, a partir da fissura estabelecida entre Igreja/religião e Estado/política e, por conseguinte respectivamente, pecado/crime, como resultante desse processo de secularização (Gomes, 2014).

A necessidade material levou Beccaria a aproximar e incorporar princípios de duas correntes filosóficas: o jusnaturalismo e o contratualismo a partir do ponto comum acerca da existência de um sistema de normas anterior e superior ao Estado. A incorporação desses

¹⁰ Nunca existiu propriamente uma Escola Clássica do Direito Penal. A rotulação com tal designação decorreu da denominação dada por Enrico Ferri no intuito de desqualificar pensamentos divergentes ao da Escola Positiva. No entanto, como tal rótulo foi popularizado, perpassando vigorosamente os tempos e, didaticamente, serve para bem identificar as linhas de pensamentos que se afastam ao determinismo positivista-criminológico, optamos por mantê-lo. Explicam Zaffaroni, Nilo Batista, Alagia e Slokar (2017, p. 576) que “a maior criação de Ferri – pelo menos quanto ao êxito que perdura até hoje, sendo ratificada como verdade incontestável – foi a invenção de uma inexistente *escola clássica* do direito penal, supostamente integrada por todos os autores não-positivistas, fundada por Beccaria e capitaneada por Carrara. Essa escola abrangeria toda a Europa e estaria formada por pensadores iluministas de todas as nacionalidades, revolucionários franceses, idealistas alemães, aristotélicos e tomistas, criticistas e kantianos, hegelianos, krausistas etc. Tal escola, que mais pareceria um parlamento pluripartidário naturalmente – repetimos – jamais existiu, mas para Ferri foi cômodo impor um *rótulo comum a todos os penalistas* que não compartilhavam seus pontos de vista. Essa invenção não passou de uma atitude autoritária de quem considerava ser o único dono da verdade *científica*, e caracterizava por *metafísicos, pré-cientistas* ou *clássicos* aqueles que não haviam alcançado os níveis de sua verdade. Embora hoje se continue fazendo referência a uma *escola clássica* como antagônica à *escola positivista*, o certo é que a primeira só existiu na cômoda rotulação autoritária de Ferri. O que houve foi uma disputa entre positivistas e os que não admitiam seus pontos de vista”.

princípios na obra marcou o início de uma nova era no pensamento jurídico e na prática da justiça criminal, pautado na defesa da dignidade do indivíduo, questionando a legitimidade da tirania estatal absolutista, contribuindo para o surgimento do individualismo no direito penal (Bruno, 2005).

Beccaria (1999) criticou a aplicação de suplícios como castigos cruéis na punição dos criminosos, destacando a desumanidade da violência física e moral infligida a eles. Ele argumentou que as penas deveriam ser humanas para evitar a tirania, aplicadas de forma mínima, apenas para dissuadir o criminoso de cometer novos delitos e para conscientizar os outros a não infringir a lei. O pensamento do autor serviu de inspiração à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), assentado em alguns postulados como:

- Os cidadãos, ao viverem em sociedade, renunciam apenas parcialmente à sua liberdade e direitos. Portanto, não devem ser aplicadas penas que violem direitos não cedidos, como é o caso da pena de morte e de sanções cruéis;
- Somente as leis têm o poder de estabelecer as penas, sendo vedado ao juiz interpretá-las ou aplicar sanções de forma arbitrária;
- As leis devem ser acessíveis, redigidas de forma clara para que possam ser compreendidas e obedecidas por todos os cidadãos;
- A prisão preventiva só é justificada quando houver prova da existência do crime e de sua autoria;
- Não se justifica a imposição de penas confiscatórias, que afetam os herdeiros do condenado, nem penas infamantes, que recaem sobre toda a família do criminoso;
- É inaceitável o uso de testemunhos secretos, tortura para interrogatório, que não contribuem para a descoberta da verdade;
- A pena deve ter como objetivo não apenas dissuadir o cidadão, mas também reabilitar o delinquentes, servindo como medida de prevenção social (Beccaria, 1999).

Até o fim do século XIX a questão criminal não estava sob o enfoque do campo da criminologia (científica), a qual se irá reconhecer e estabelecer apenas com Lombroso, Ferri e Garofalo. O estudo incipiente dessa questão criminal no século XVIII estava limitada ao campo da ciência política, como discussão da boa e racional condução da sociedade, por leis de matriz humanitária, pautada em espírito de confiança e esperança, ao que se concebeu ser o Estado de direito pelo amparo na legalidade, estabelecendo o Estado de direito liberal em superação ao Estado (e ao direito arbitrário) absolutista (Gomes, 2014).

Dentro desse novo paradigma penal liberal, o respectivo sistema jurídico fundado na relação crime-pena, destinado a preservar a segurança e a ordem social sem esquecer da dignidade da pessoa do infrator, a presença do indivíduo considerado louco e criminoso, e que escaparia à abrangência da norma, representava um território ainda não explorado em termos regulatórios. Isso se devia ao fato de que, embora os atos violadores da norma desses sujeitos não fossem resultado de uma razão consciente enquanto elemento volitivo da ação, ainda assim constituíam uma ameaça à segurança da sociedade e à manutenção da ordem jurídica e social vigente.

A esse respeito, segundo relata Shecaira (2020, p. 58), para “os teóricos do pensamento clássico, o centro dos interesses investigativos estava no estudo do crime, definido por aqueles pensadores como um ente jurídico”. Não havia, assim, preocupação com a figura do criminoso que, na realidade, somente passou a ser objeto de estudo sob a superveniente perspectiva da escola positiva, a partir do advento da qual se implantou uma espécie dicotômica: crime/criminoso.

Ainda nos dias de hoje, é precário o espaço reservado à regulação das medidas de segurança no próprio campo dogmático do direito penal (Zaffaroni; Pierangeli, 2011). Em geral, com acentuada naturalidade, aceita-se na relação de aprendizagem sem maiores indagações, a certeza de que a medida de segurança não se trata de uma pena, pois não é fundada na culpabilidade do agente, senão na sua periculosidade. Entretanto, ela está situada no campo do direito penal e seus efeitos são tão ou mais gravosos que os daquela.

Nesse contexto, relativamente ao *jus puniendi* estatal, sem deixar de ressaltar que o instituto é admitido nesta pesquisa numa acepção ampla, partindo da premissa de que – apesar de dogmaticamente a medida de segurança não contar com o caráter retributivo da pena num sentido formal –, demanda-se reconhecer que sob a perspectiva da experiência material ela se constitui como uma verdadeira sanção.

A esse respeito, Bitencourt (2020, p. 955) aduz que a “medida de segurança e a pena privativa de liberdade constituem duas formas semelhantes de controle social e, *substancialmente*, não apresentam diferenças dignas de notas”. Na mesma direção, menciona Nilo Batista (2007, p. 49) que “as medidas concernentes a inimputáveis, ainda que se orientem para fins de proteção e melhoramento, operam pela via retributiva da perda ou restrição de bens jurídicos ou direitos subjetivos, e ostentam igualmente matiz penal”.

Em sentido diverso, Zaffaroni e Pierangeli (2011, p. 731) aduzem que a natureza das medidas de segurança “não é propriamente penal, por não possuírem um conteúdo punitivo, mas o são formalmente penais, e, em razão disso, são elas impostas e controladas pelos juízes

penais”. Não deixam, porém, de ponderar e admitir os mesmos autores (2011, p. 731), que “a forma penal compromete, grandemente, a liberdade das pessoas a ela submetida”. Ferrajoli (2002, p. 626), apesar de ressaltar que a maioria da literatura tem essas medidas como de natureza jurisdicional, adota entendimento diverso, pois pertenceriam “ao amplo e vasto espectro das medidas administrativas de polícia” como expressamente consignado no Código Penal italiano, cujo Título VIII é denominado: “Das medidas administrativas de polícia”.

É crucial, então, independente da divergente compreensão da natureza material da medida de segurança, perquirir da sua introdução como dispositivo de controle social no campo do direito penal e a correspondente naturalização do MJ como ambiente do seu cumprimento. O discurso psiquiátrico agregado ao Direito foi provedor das condições necessárias ao desenvolvimento do conceito de periculosidade e, por conseguinte, o de defesa social, responsável pela inserção do tratamento do outro nos meandros da questão criminal a ponto de permitir o seu sancionamento por inocuidade sem culpa.

Abreu (2022) indica que a trajetória histórica do instituto da medida de segurança e a crítica teórica a seus fundamentos estão intrinsecamente ligadas à evolução teórica da criminologia como disciplina científica. As bases iniciais positivistas e de natureza médico-biológica do saber criminológico influenciaram a estrutura normativa que regia a medida de segurança. Assim, a análise desse objeto de estudo está inserida na investigação da relação histórica entre Direito e Psiquiatria, onde a Criminologia, como ciência surgida nos moldes positivistas daquela época, encontrou seu lugar.

1.2.1 A Escola Clássica

Como observado previamente, durante a “grande internação”, a loucura esteve aprisionada nos hospitais e asilos, não que com ela não estivessem conjuntamente parcelas tanto da loucura quanto da criminalidade que seria especificada posteriormente. Pinel, influenciado pelos ideais iluministas e pelo contrato social, não comungava da responsabilização do louco por seus atos sob a mesma forma que os demais indivíduos considerados normais. Por outro lado, o direito penal clássico também se baseou no contrato social e nos princípios iluministas para discutir a responsabilidade do cidadão que cometesse crimes, o que teve impacto no tratamento penal dado à loucura e ao crime (Nascimento, 2023).

No classicismo, o ambiente era moldado pela ascensão do capitalismo e pela luta contra o absolutismo, o que demandava a valorização do caráter individualista em relação ao social. Os direitos fundamentais eram considerados anteriores à própria ideia de Estado, cuja

responsabilidade era apenas reconhecê-los e garantir sua proteção. Além disso, um ponto crucial que distinguia essa escola do posterior pensamento positivista – baseada no racismo científico –, era a concepção de que todos os indivíduos eram considerados iguais em termos de direitos e deveres, ao menos na dimensão formal (Santos, 2020).

A Escola Clássica inaugurada com Beccaria teve diversos adeptos por toda a Europa, como Filangieri e Romagnosi na filosofia, e juristas como Carmignani e seu discípulo e maior expoente no campo penal Francesco Carrara, que se ocuparam no século XVIII e início do XIX em desenvolver as teorias do crime, direito penal e da punição. O pensamento do período se caracteriza como “processo que vai da filosofia do direito penal a uma fundamentação filosófica da ciência do direito penal; ou seja, de uma concepção filosófica para uma concepção jurídica, mas filosoficamente fundada, dos conceitos de delito, de responsabilidade penal, de pena” (Baratta, 2014, p. 33).

Esses autores defendiam a punição do infrator, que violava o contrato social e ameaçava a sociedade, mas, também, buscavam impor penas racionais, rejeitando práticas como a tortura e a pena de morte, comuns durante a Inquisição. Por conta disso, argumenta-se que os juristas contratualistas tiveram que navegar entre as “necessidades contraditórias de legitimar e de limitar o poder punitivo” (Zaffaroni; Batista; Alagia; Slokar, 2017, p. 532). Como característica marcante, destaca Junqueira (2012, p. 27), se basear “a culpabilidade no livre arbítrio”, dando-se “pouca ênfase no criminoso, que é tratado como ente abstrato, até porque todos os homens são, por presunção, igualmente livres e racionais”, visando a justificação racional da pena.

Francesco Carrara (1805-1888) foi autor do “Programa do Curso de Direito Penal”, responsável por fundar uma base lógica a permitir coerência ao sistema penal. Para ele a lei era promulgada para proteger a segurança dos cidadãos, cuja infração resultante de ato externo do homem moralmente imputável e danoso politicamente, caracterizava o crime, sendo este não uma entidade fática, mas exclusivamente jurídica (Baratta, 2014). Como aduzido por Aníbal Bruno (2005, p. 88-89), Carrara buscou trilhar um caminho racional jurídico-dedutivo, ao exprimir a fórmula de que “o crime não é um ente de fato, é um ente jurídico; não é uma ação é uma infração”, daí que, punível somente a violação ao direito quando for “fruto de uma vontade inteligente e livre”.

Significa que, todo cidadão, dotado de “imputabilidade moral”, ou seja, livre-arbítrio, teria a liberdade de praticar ou não um crime. A responsabilização pela prática do crime teria, então, como pressuposto imprescindível, a capacidade de escolha racional pelo indivíduo, a qual corresponderia à própria origem da culpa. Dessa forma, os loucos, como desprovidos da capacidade de pensamento racional, estavam fora do alcance da culpabilidade penal

(Nascimento, 2023). Como afirmado por Santos (2020, p. 32) “as qualidades intrínsecas do autor somente deveriam ser analisadas para se apurar eventual inimputabilidade em decorrência de transtornos mentais ou idade, o que impossibilitaria a reprovação de sua conduta”.

Na perspectiva de Aníbal Bruno (2005, p. 90-91) acerca do crime, da responsabilidade, e da pena, no pensamento da Escola Clássica, sintetizou:

- a) O crime resulta ser, essencialmente, um ente jurídico, segundo a fórmula de CARRARA. Não uma ação, mas uma infração; não um fato do homem, na sua realidade fenomênica, definido pelos fatores que o condicionem, nem no seu conceito ou no seu tratamento influi a consideração da natureza do criminoso como um ser natural, mas como um ser moral.
- b) Fundamento da responsabilidade penal. é a responsabilidade moral, com base no livre arbítrio, supondo sempre a existência de uma vontade inteligente e livre, o que torna fundamental no sistema a distinção entre imputáveis e inimputáveis.
- c) A pena é retribuição, expiação da culpabilidade contida no fato punível – o mal justo que se contrapõe à injustiça do mal praticado pelo agente.

A ausência do livre-arbítrio obstava a punição do louco sob a mesma maneira que se punia os demais cidadãos dele dotados. Nessa linha, a manutenção da coerência do sistema impedia a imposição de uma pena privativa de liberdade. No campo psiquiátrico, Pinel também não comungava da ideia de responsabilizar penalmente aquele desprovido da razão, que, sob sua ótica, deveria ser mantido em asilamento.

Santos (2020) também destaca como ponto de interesse, não frequentemente abordado por outros autores sobre o classicismo, que entre alguns clássicos, excluindo Carrara – mais uma vez caracterizando o vasto espectro do pensamento daqueles que Ferri agrupou sob a disseminada Escola Clássica –, permitia-se ao Estado tomar medidas de polícia administrativa em relação aos inimputáveis, visando à proteção da sociedade, mesmo que isso resultasse na privação de liberdade. Essas medidas eram consideradas legítimas, embora deixassem os inimputáveis vulneráveis ao arbítrio estatal.

Conforme asseverado por Vera Malaguti Batista

No século XIX a Europa já pôde produzir teoria acerca do grande internamento iniciado no XVIII sobre os indesejáveis destroços do exército industrial de reserva. A sociedade disciplinar cria a sua rede de prisões, manicômios, internatos e asilos. É nesse momento que o pensamento criminológico dá o seu grande salto à frente, com uma reflexão "científica", autônoma, do discurso jurídico e, por isso, sem o embaraço das garantias e dos limites (Batista, 2015, p. 26).

Entretanto, como afirmado também por Santos (2020), os reflexos dessa admissão são sentidos até os dias de hoje, pois quando as garantias penais e processuais próprias do pensamento iluminista – como a proporcionalidade entre crime e sanção e impossibilidade de punição por atos preparatórios – são ignoradas, o inimputável fica sujeito ao poder administrativo de polícia. Isso revela com nitidez a influência impregnada da ideologia da defesa social, embora não seja tão explícita quanto na escola positivista que irá aprofundá-la ao extremo.

Há também de se ressaltar que, em paralelo ao desenvolvimento dos pilares do direito penal moderno no classicismo, tem-se com Morel e Esquirol – buscando no campo do alienismo a evolução desse saber para o estabelecimento da Psiquiatria e o monopólio sobre a doença e o doente mental – a influência que permitiu o advento da Escola criminológica positiva e o ambiente do manicômio como aquele destinado ao tratamento moral. Em relação a isso, apenas se adverte que se tratará no item 1.3.1, a fim de não interferir na forma de apresentação das Escolas Penais.

1.2.2 A Escola Positiva

Não demorou para que os ideais ligados à defesa social se sobrepujassem aos fundamentos clássicos do direito penal. Na transição do século XIX para o XX as teorias sociais sustentadas no advento do método positivo – experimental-indutivo – empregado no campo de conhecimento das ciências naturais é transportado também às ciências humanas. Nessa perspectiva a “noção filosófica de que [...] o comportamento social pode ser explicado por relações causais desenvolve-se em um sistema estruturado na ideia geral de determinismo a partir dos trabalhos de Comte, popularizados sob o lema de ‘conhecer para prever’” (Santos, 1979, p. 44).

Segundo a síntese de Viana (2018, p. 53), “**o positivismo nega com veemência o livre arbítrio e a liberdade humana como fundamento da responsabilidade**, por ser o homem determinado em suas ações por causas de vários gêneros”. Vera Batista (2015, p. 41) ressalta o positivismo como dispositivo para sufragar a ideia iluminista de igualdade, originada do medo de revoluções populares, utilizando-se da hierarquização dos indivíduos “para ordenar os problemas locais (pobres e indesejáveis) e os problemas gerais (nações e culturas periféricas)”, somente possível de surgimento como espólio do “grande internamento”.

Nesse sentido, é empreendida uma crítica profunda ao direito penal clássico, sustentado no discurso de evolução. Assim como a evolução das ciências, também a do direito, a partir da

criminologia, seria redefinido para tornar-se verdadeira ciência penal. Como aventa Rauter (2003, p. 25) para os criminólogos, “o direito penal teria saído de um estágio embrionário, rudimentar, de um tempo em que assumia formas semi-selvagens, incivilizadas, para chegar, depois de lenta evolução, a um período em que basear-se-ia finalmente em métodos científicos”.

Assevera Vera Batista (2015) que o racismo é legitimado no século XIX pelo discurso científico positivo. Essa fabricação do racismo no seio do campo criminológico tem raízes, como explica Zaffaroni (2019), na apropriação das ideias organicistas de Herbert Spencer (1820-1903), pela qual a sociedade é um organismo formado por raças, e dentre elas existe aquela naturalmente selecionada como a mais forte – aquela que Spencer integra –, mais capacitada em dar a continuidade ao organismo. Essa concepção spenceriana é a legitimadora, inclusive, do neocolonialismo europeu, pautada na superioridade biológica do pós meados do século XIX, em substituição ao anterior fundamento da superioridade da verdade teleológica, patrocinada pelas potências marítimas de outrora – Espanha e Portugal – em face dos selvagens dos territórios colonizados.

Os positivistas não acreditavam no livre-arbítrio do homem, ao contrário, entendiam que a liberdade estaria condicionada por fatores de ordem biológica e social. Em consequência a essa concepção, substituíam-se a ideia da culpabilidade do indivíduo, que demandava como pressuposto sua liberdade, pela de responsabilidade social. Por conseguinte, o retribucionismo da pena abria espaço de passagem para a prevenção especial da medida de segurança (Gomes; Molina, 2009). Para Rauter (2003, p. 26) assim “como nas tribos primitivas, o direito penal [passa a] representa[r] uma reação legítima do ‘corpo social’ a uma das suas partes doentias. A seleção natural é tornada como fundamento do direito de punir por alguns autores”.

Sobre o estabelecimento desse novo quadro penal, explica Vera Andrade que

a Criminologia (por isso mesmo positivista) é definida como uma Ciência causal explicativa da criminalidade; ou seja, que tendo por objeto a criminalidade concebida como um fenômeno natural, causalmente determinado, assume a tarefa de explicar as suas causas segundo o método científico ou experimental e o auxílio das estatísticas criminais oficiais e de prever os remédios para combatê-la. Ela indaga, fundamentalmente, o que o homem (criminoso) faz e por que o faz (Andrade, 2003, p. 35).

Consideram-se como expoentes das três fases da Escola Positiva: Lombroso no campo antropológico – para alguns antropobiológico –; Ferri no sociológico; e Garofalo no jurídico (Martinelli; Bem, 2021). Com suas contribuições, foram estabelecidas as bases de legitimidade

científica sobre as medidas de segurança sob os primados da defesa social e da periculosidade, pautados na teoria da degenerescência propulsora do racismo científico (Branco, 2019).

Convém destacar, já neste ponto introdutório sobre o positivismo criminológico, que, assim como a doença mental foi “construída” a partir dos indivíduos considerados desviantes que residiam nos asilos, devido a uma pré-seleção higienista, a criminologia apropriou-se de seu objeto de estudo para experimentação científica positiva da mesma maneira. Como salientado por Baratta, essa apropriação ocorreu nos ambientes que pré-selecionaram o universo de amostragem, pois

os sujeitos que observava clinicamente para construir a teoria das causas da criminalidade eram indivíduos [já previamente] caídos na engrenagem judiciária e administrativa da justiça penal, sobretudo os clientes do cárcere e do manicômio judiciário, indivíduos selecionados daquele complexo sistema de filtros sucessivos que é o sistema penal (Baratta, 2014, p. 40).

Os dispositivos seletivos do sistema punitivo-criminal, como se observa, são uma constante ao longo dos tempos. A propósito disso, Baratta (2014, p. 40) afirma que desde a “criação das normas à sua aplicação, cumprem processos de seleção que se desenvolvem na sociedade, e para os quais [...] o pertencimento aos diversos estratos sociais é decisivo”. No sentir de Zaffaroni (2001, p. 268) “é o grau de vulnerabilidade ao sistema penal que decide a seleção e não o cometimento do injusto, porque há muitíssimos mais injustos penais iguais e piores que deixam o sistema penal indiferente”. Na mesma linha aduz Luís Brodt (2010, p. 104) que “a história e a realidade do exercício do poder punitivo demonstram que este sempre esforça-se por incidir sobre pessoas selecionadas em atenção a certos estereótipos historicamente condicionados, conforme sua natureza essencialmente discriminatória”.

1.2.2.1 Lombroso

A Escola Positiva, influenciada pelo avanço das ciências experimentais, busca aplicar métodos semelhantes aos da física para compreender a criminalidade, fundamentando-se na indução e experimentação para alcançar respostas precisas. Um aspecto central é o determinismo biológico de Lombroso, argumentando que características corporais específicas podem indicar uma tendência à prática criminosa. Essa abordagem considera que certas pessoas têm uma predisposição natural para o crime devido a essas características biológicas, questionando a ideia de livre-arbítrio e sugerindo que a escolha de cometer crimes não é igualmente livre para todos (Santos, 1979).

O marco histórico do período "científico" da criminologia teve início com a publicação da obra fundamental de Cesare Lombroso (1835-1909), "O Homem Delinquente" (1876). Lombroso não criou uma teoria completamente nova, mas foi "alguém que teve a capacidade de recolher o pensamento esparso que vicejava à sua volta para articulá-lo de forma inteligente e convincente" (Shecaira, 2020, p. 113). Ele se tornou conhecido principalmente por propagar o determinismo biológico em vez da hipótese do livre-arbítrio.

Segundo Andrade (2003, p. 35) "a primeira e célebre resposta sobre as causas do crime foi dada pelo médico italiano Lombroso, que sustenta, inicialmente, a tese do criminoso nato: a causa do crime é identificada no próprio criminoso", ao investigar o determinismo (anatômico-fisiológico) e psíquico do crime. Ele alegava que alguns indivíduos apresentavam certas peculiaridades anatômicas e fisiológicas distintivas, como pouca capacidade craniana, cabelo crespo e espesso, orelhas grandes e agudas, entre outras. Buscou a comprovação de sua hipótese na confrontação entre grupos de controle em asilos e prisões da Itália.

Procurou desta forma individualizar nos criminosos e doentes apenas anomalias sobretudo anatômicas e fisiológicas vistas como constantes naturalísticas que denunciavam, a seu ver, o tipo antropológico delinquente, uma espécie à parte do gênero humano, predestinada, por seu tipo, a cometer crimes.

Sobre a base dessas investigações, buscou primeiramente no atavismo uma explicação para a estrutura corporal e a criminalidade nata. Por regressão atávica, o criminoso nato se identifica com o selvagem (Andrade, 1995, p. 25).

Em um segundo momento, em relação às críticas recebidas, acrescentou como causa da delinquência, a epilepsia e a loucura moral (Andrade, 2003). Lombroso acreditava que as características do delinquente eram semelhantes às do louco ou do insano moral, todas atribuídas ao atavismo. Essa concepção derivou de uma autópsia realizada no ano de 1871 em Vilella, um criminoso cujo crânio exibia "peculiaridade anatômica própria dos hominídeos não desenvolvidos – os símios – ou do feto antes de alcançar seu pleno desenvolvimento". Dessa forma, o delinquente apresentava, portanto, um atraso evolutivo que explicaria seu comportamento anormal. Essa conclusão revela uma clara influência do darwinismo (Anitua, 2008, p. 303-304).

Na própria narrativa de Lombroso (2010, p. 201-202).

Os dementes morais são infelizes com a demência no sangue, contraída no ato da concepção; nutrida no seio materno. Faltam-lhes o sentimento afetivo e senso moral; nasceram para cultivar o mal e para cometê-lo. Estão sempre em guerra contra a sociedade, são indivíduos que freqüentemente figuram nas

agitações políticas. [...] são dotados de feliz e pronta memória, de engenho agudo, de muitas e variáveis imaginações; todos são egoístas e com deficiência absoluta de sentimentos afetivos. Assim como todas nossas ações são reguladas pelos sentimentos, eles se deixam guiar unicamente pelo instinto, só se preocupam com o presente, desprezando o futuro.

Após uma triste ação, são indiferentes como se não fossem os autores, dormindo um sono tranqüilo [...]. Brancaleone retrata o louco moral: variável de caráter, versátil, excêntrico, paradoxal, sistematicamente hostil a toda tendência moralizadora, indeciso nos propósitos, extremamente excitável, insensível às alegrias domésticas, inacessível às doçuras do afeto, instintivamente levado à rebelião, à extravagância e ao escândalo. Declara altamente não acreditar na virtude, sustentando com um luxo de erudição e de lógica, as teorias mais imorais, as mais lesivas à dignidade humana e à ordem social. Levado a avaliar justamente o bem e o mal e a valorizar as relativas conseqüências, estima naturalmente a hipocrisia e a mentira quando puder tirar proveito delas. [...] Representando um modo diferente do verdadeiro, pouco percebe a desordem de percepção e reprodução das idéias e a capacidade de resistir aos impulsos perversos.

Os caracteres que apontei no homem delinqüente nato repetem exatamente este quadro.

As ideias de Lombroso influenciaram a literatura e a generalidade dos cientistas no final do século XIX, quando aprimorou sua teoria, aproximando o delinquente da doença mental destacando a epilepsia como elemento central de sua construção. Sua teoria gerou intensa controvérsia, pois contrastava com as antigas teorias morais e metafísicas que defendiam o livre-arbítrio como uma crença fundamental. A nova abordagem científica concentrou-se no estudo clínico do homem delinquente, o qual Lombroso via como intrinsecamente predisposto ao comportamento criminal e que precisava ser controlado (Anitua, 2008).

Na crítica de Juarez Cirino dos Santos (1979, p. 71), essa ideia de determinação genética “exclui as causas formais do crime (definições legais e processos sociais de repressão seletiva): ignora que o crime não é simplesmente, conduta, mas conduta socialmente valorada segundo os parâmetros da ordem social definidas pelas formas ideológicas da estrutura normativa”. Por consequência, infere-se a tendência de afastamento do respectivo tratamento jurídico daquele considerado criminoso nato da função limitadora do direito penal iluminista. Isso porque, como aduz Dornelles (2015, p. 59) “a nocividade do ato criminoso não era flagrada na contradição com a lei, mas na incompatibilidade com as exigências da vida em sociedade”.

Importando elementos do saber psiquiátrico emergente, lembra Anitua (2008, p. 305), Lombroso realinhou sua teoria, para a qual “o delinquente se aproxima cada vez mais da doença mental e, para poder mostrá-la como algo ‘visível’ e relacionado com a sua teoria original, ele viria a se ocupar especialmente da epilepsia”. Como disciplina científica nova, a sua antropologia criminal concentrou-se no estudo clínico daquele homem delinquente por nascimento, cujo comportamento estava pré-determinado. Os congressos organizados para o

debate, com a primeira edição em 1885 em Roma, basicamente perduraram enquanto em vida o criador, com a última edição em 1912 em Colônia.

O estatuto do criminoso nato foi o responsável pela fama alcançada por Lombroso. Contudo, não se pode deixar de assinalar que já no adiantado de sua carreira, reconheceu a implicância de condicionantes de ordem ambiental e social, que poderiam infundir alterações no comportamento do indivíduo. Percepções estas que futuramente foram melhor desenvolvidas no âmbito das teorias da seletividade penal. Com isso, destaca-se que até mesmo Lombroso admitira que fatores diversos aos biopsicológicos em alguma medida poderiam atenuar o determinismo criminal (Zaffaroni; Pierangeli, 2011).

Em que pese essa admissão de condicionantes externas ao homem como outras causas do crime, foi a monocausa simplista do início dos seus estudos e a influência dela convertida em incontáveis seguidores que lhe renderam espaço suficiente na história para a perpetuação do seu nome (Anitua, 2008). Curiosamente, as reflexões de Lombroso, que serviram de fundamento para a disseminação de políticas racistas, ainda que após sua morte, voltaram-se contra integrantes de sua própria família¹¹, quando os judeus passaram a ser perseguidos na Itália (Zaffaroni; Pierangeli, 2011).

1.2.2.2 Ferri

Enrico Ferri (1856-1929), destacado político, pioneiro da Sociologia Criminal, foi o maior expoente da Escola Positiva, rebatendo as críticas daqueles que pensavam diversamente, a quem ele próprio rotulou como de pensamento retrógrado integrantes da Escola Clássica. Em 1921 chegou a presidir comissão para a edição de um código penal italiano (Código Ferri), mas foi aprovado no seu lugar o Código Rocco em 1930, vigente até a atualidade. Nos últimos anos de vida se tornou partidário do fascismo (Zaffaroni, 2011).

Opunha-se ao “livre arbítrio como fundamento da imputabilidade, substituiu a responsabilidade moral pela responsabilidade social, concluindo que todo homem é sempre responsável por toda ação antijurídica que pratica, unicamente porque vive em sociedade” (Bruno, 2005, p. 102). Esse entendimento de reação punitiva estava plasmado sob um

¹¹Consta na abertura de “O Homem Delinquente” (2010, p. 9), sob o título de “Vida e Obra de Cesare” que “Infelizmente, a família de Lombroso sofreu perseguições por ser de origem israelita, sendo obrigada a refugiar-se na Suíça, o que veio a truncar o trabalho de divulgação das obras do mestre. A princípio, a Itália fascista não tinha conotação anti-semita, mas o tratado com a Alemanha nazista fez o país acompanhar a perseguição aos judeus; embora Lombroso já fosse falecido, sua família sofreu as conseqüências da origem”.

fundamento de ordem prática, cuja adoção de medidas preventivas ao invés das repressivas em face dos atos delituosos seria mais eficaz ao interesse de defesa do corpo social.

Não obstante Ferri aceitar a concepção de seu mestre Lombroso, buscou aprimorá-la nos pontos que considerou insuficientes, ampliando o espectro da dimensão sociológica como causa da criminalidade, considerando que “os fatores biológicos só poderiam ser admitidos se compatibilizados com os sociais”, contrastante ao reducionismo antropológico do antecessor (Shecaira, 2020, p. 116-118). Basicamente, fez desenvolver a antropologia lombrosiana sob uma filtragem sociológica, resultando na identificação de três causas da criminalidade: “individuais (orgânicas e psíquicas), físicas (ambiente telúrico) e sociais (ambiente social)” (Andrade, 2003, p. 36).

Dessa tríplice ordem de fatores, intrincada na personalidade individual, decorreria como resultado previsível o crime, conformando uma minoria de indivíduos socialmente perigosos. Havia, portanto, fundamental importância em reconhecer, “‘ver o crime no criminoso’, porque ele é, sobretudo, sintoma revelador da personalidade mais ou menos perigosa (anti-social) de seu autor, para a qual se deve dirigir uma adequada ‘defesa social’” (Andrade, 2003, p. 36-37). Emerge daí a distinção, científica, de um lado, uma minoria que apresenta características determinantes do crime (anormal – o mal), e de outro lado, uma maioria (normal – o bem), o que justificaria as medidas assecuratórias preventivas corretivas destes contra aqueles (Andrade, 2003).

Infer-se que, para Ferri, o crime e sua prevenção são sempre influenciados pela dimensão moral-social, uma vez que a própria legislação surge das necessidades da convivência em sociedade. Assim, surge a defesa social como meio de reprimir e prevenir o crime, remetendo ao conceito de sociologia criminal, que consiste no estudo científico do delito com base na ciência da criminalidade e da defesa social, cuja análise do crime perpassa além da dimensão individual também a social.

Ao discutir a função e o propósito da pena como um meio de defesa social, Ferri argumenta que a pena opera tanto de forma repressiva isolando o indivíduo e dissuadindo os demais pela ameaça das consequências, quanto principalmente de forma preventiva visando à reabilitação/cura do criminoso. Em relação à duração da pena, Ferri leva em conta as circunstâncias do infrator a ser tratado, o progresso e os efeitos benéficos em responsividade ao tratamento dispendido, sem relacionar a duração da medida preventiva a alguma quantidade fixa cominada pela lei, tendendo, pois, à sua indeterminabilidade até perpetuidade temporal (Baratta, 2014).

1.2.2.3 Garofalo

Rafaelle Garofalo (1851-1934), um aristocrata extremamente autoritário, tornou-se até procurador na Itália, investindo esforços na perseguição de anarquistas, sindicalistas e socialistas. Ainda que proclamado jurista, na sua obra “Criminologia” (1885), se dedicou a apresentar um conceito de delito natural não partindo de uma perspectiva jurídica, mas de uma que considerava criminológica. Essa forma de abordagem é reveladora de que a defesa social pregada por ele mais se confundia com uma forma racista de comprovação da existência dos “inimigos naturais” do que científica (Anitua, 2008).

Aprimorando as ideias positivistas de Lombroso e Ferri, Garofalo transportou-as com rigor para o formato do tecnicismo jurídico. Para ele o crime consiste na revelação de uma natureza degenerada já existente no indivíduo, como um verdadeiro produto da anomalia moral que, de modo irresistível, guia o homem à prática delituosa, “procurando apoiar o conceito naturalista do criminoso em conceito naturalista de crime” (Bruno, 2005, p. 103-104). Conforme Nascimento (2023), Garofalo se opunha à legislação penal que buscasse definir o crime embasada na experiência da sociedade, e que, por isso mesmo, não poderia ser universal a todos os povos, daí a propor a noção de delito natural, decorrente não do fato, mas dos sentimentos (presentes ou ausentes) no delinquente.

Alguns ressaltam que Garofalo se afastou do método experimental, apelando à via da irracionalidade dos sentimentos para explicar seu delito natural, caindo no etnocentrismo da sua cultura como a superior (Zaffaroni; Pierangeli, 2011). Sustentou que os sentimentos fundamentais e naturais seriam: (i) a piedade e (ii) a probidade; e que, por consequência, o crime, apreendidos os seus respectivos valores, tudo o que as violem. As lesões à vida e à saúde correspondem violação à piedade; e as lesões patrimoniais, violação a probidade ou justiça. Não que todos os povos pudessem desde logo assim compreender, mas quando se desenvolvessem ao nível europeu, sobressaindo à degenerescência, ter-se-ia então um conceito planetário comum (Anitua, 2008).

O criminoso típico, ou seja, a incapacidade de conviver no meio social com suas normas de comportamento, não decorre das anormalidades orgânicas como sustentara Lombroso, mas de uma anomalia moral. A essa anomalia apresentou o conceito de temibilidade como perversão ativa e constante no criminoso e a quantidade do mal que representa e deve ser temido, originando a base do conceito moderno de perigosidade, após transmutada para a periculosidade (Bruno, 2005). Os homens que não nutrem os sentimentos da piedade e probidade, na

concepção de Garofalo, quando não for o caso de aplicar-lhes a pena de morte pela maior gravidade, devem ser afastados da sociedade, tornados inócuos (Zaffaroni; Pirangeli, 2011).

A sanção como retribuição carece de sentido em Garofalo, não mais se aplicando um castigo ao criminoso, mas, sim, uma medida de defesa social frente à periculosidade criminal que ele representa, configurando-se a medida de segurança no dispositivo de inocuidade do perigo encarnado. Nasce aí, no âmbito dessa concepção, a relação binária periculosidade-medida de segurança. Dessa maneira, levando em conta a “análise dos exames que constatavam a inadaptação social do delinquente, bem como seu perigo social, escolhia-se, na medida de tratamento, o fim profilático a proteger a sociedade” (Ferrari, 2001, p. 22).

Em acréscimo à introdução da noção de periculosidade por Garofalo, passa não mais haver tempo predefinido de pena, a duração da medida de segurança condiz ao tempo necessário ao tratamento do criminoso para não mais representar perigo ao corpo social, o que pode representar a perpetuidade. Nas palavras de Nascimento (2023, p. 35) “o princípio da proporcionalidade das penas, caro para a Escola Clássica, foi abandonado e substituído por um critério que prioriza ainda mais a defesa social e não à limitação da punição”.

Essas ideias pautadas na defesa social, como reverberado por Nascimento (2023, p. 36), criaram novas formas de punições “com prazo indeterminado que iriam atingir os indivíduos perigosos. A situação do louco infrator caminhava para mais perto dos manicômios judiciários do que nunca, mesmo que a título de ‘tratamento piedoso’”. Segundo Cia (2017), na mesma linha seguida por Lombroso, Garofalo comungava da ideia de loucura moral e, por isso, como havia certa dificuldade em se determinar se o mau encarnado não decorreria apenas de um avanço da anomalia congênita, inadmitia a pena de morte para os alienados, substituída pela segregação asilar perpétua.

1.3 NA DICOTOMIA JURÍDICA, A PSIQUIATRIA ANUNCIA A RELATIVIZAÇÃO

A compreensão e a categorização da loucura evoluíram significativamente desde o final do século XVII, quando a medicina começou a se firmar como campo especializado no estudo das doenças mentais. Inicialmente, as definições dos transtornos psíquicos eram vagas e inconsistentes, baseadas em descrições limitadas dos sintomas. Esse cenário mudou com a contribuição de Philippe Pinel (1745-1826) e seu discípulo, Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), que trouxeram uma abordagem metodológica inovadora. Ao focar na observação clínica sistemática e na criação de categorias psicopatológicas estáveis, eles ajudaram a

distinguir a psiquiatria de outras disciplinas, estabelecendo-a com fundamentos científicos mais rigorosos.

Pinel, embora não se preocupasse em construir uma teoria biológica da loucura, dedicou-se a entender suas manifestações clínicas, considerando a loucura como uma consequência das paixões exacerbadas desorganizadoras das funções mentais. É com a introdução da monomania por Esquirol e da degenerescência por Bénédict Augustin Morel (1809-1873) que se influenciou e estabeleceu uma revolução no entendimento da criminalidade, com a psiquiatria inspirando fortemente a criminologia como antropologia criminal, estabelecendo uma relação estreita entre elas. O impacto das teorias estendeu-se além das fronteiras da Europa, influenciando a criminologia e a psiquiatria planetária, como no caso do Brasil, onde Nina Rodrigues aplicou essas ideias ao contexto racial e social brasileiro, consolidando um discurso racista e higienista excludente.

Persuadido por Lombroso e Morel, a aplicação das teorias de degenerescência por Nina Rodrigues no Brasil destacou a relação entre mestiçagem, degenerescência e criminalidade, ao argumento de que a miscigenação resultava em indivíduos fisicamente e moralmente desequilibrados, propensos aos comportamentos antissociais. O trabalho contribuiu para a construção de estereótipos raciais e a justificação de políticas segregacionistas. Essas ideias pavimentaram o caminho para a institucionalização de práticas repressivas e excludentes, refletindo e perpetuando as tensões raciais e sociais do Brasil pós-abolição à escravatura, influenciando a repercussão nas esferas do sistema penal e médico-psiquiátrico do país o desenvolvimento de políticas de defesa social.

1.3.1 A Monomania de Esquirol e a Degenerescência de Morel

Apesar de a loucura ter sido considerada parte do campo da medicina no alienismo desde o final do século XVII, não havia modelos claros ou sistematizações nosográficas para caracterizar diferentes tipos clínicos de loucura. As definições dos transtornos psíquicos variavam amplamente e as descrições eram limitadas a algumas particularidades dos sintomas. A transformação metodológica trazida por Pinel e seu discípulo, Esquirol, baseada na observação clínica sistemática e na delimitação de categorias psicopatológicas estáveis, ocorreu em um momento em que a medicina buscava se diferenciar de outras disciplinas como filosofia, psicologia e religião, firmando seus princípios em critérios objetivos e métodos das ciências naturais (Pacheco, 2003).

Pinel estava menos interessado em construir uma teoria biológica da loucura e mais em conhecer e delimitar suas apresentações clínicas. Ele introduziu a ideia de que a loucura era uma consequência das paixões exacerbadas, vendo o louco como vítima de uma desorganização das funções mentais superiores do sistema nervoso central, ou seja, das funções intelectuais. Esse pressuposto deu nova direção à psiquiatria no final do século XVIII e início do século XIX, marcando um avanço significativo na compreensão e tratamento dos distúrbios mentais (Pacheco, 2003). Contudo, essa concepção livrava de responsabilidade todos os despossuídos de razão, não servindo para fins utilitaristas, impulsionando a viragem da centralidade dos debates com o advento das categorias da monomania seguida pela da degenerescência, desenvolvidas, respectivamente, por Esquirol e Morel.

Na segunda metade do século XIX, criminologia e psiquiatria estabeleceram uma relação dialógica de aproximação, sem perda das especificidades. Na perspectiva psiquiátrica, o saber da sua competência implicada com a questão criminal era fundamento para a criação de um espaço de sua afirmação no campo político e social. A diferença elementar entre a criminologia e psiquiatria em relação ao crime, é que aquela constitui uma mudança interna ao direito penal, enquanto esta se insere do exterior para o âmago do direito penal no intento de realçar seu campo de atuação concorrendo cada vez mais intimamente na gestão da relação crime-doença mental (Rauter, 2003). Nessa imbricação de campos, alude Robert Castel (1978, p. 13), que “a descoberta da monomania por Esquirol, posteriormente a da degenerescência por Morel, abalaram a crença na racionalidade das nosografias constituídas a partir do agrupamento dos sintomas” relativamente às classificações iniciais do alienismo.

Isso ocorreu porque Esquirol propôs o estudo do criminoso, notadamente em relação àqueles fatos cometidos sem explicação aparente quanto à sua motivação, como uma forma da exteriorização episódica das monomanias, definidas como delírios parciais circunscritos a uma única ideia. Um exemplo típico seria o perseguido-perseguidor, que, a partir de uma falsa ideia de perseguição, apresentaria comportamentos justificados se a perseguição fosse real. Outras formas de monomania incluíam a monomania dos escrúpulos, religiosa, das invenções, erótica, homicida ou suicida. Por serem parciais, esses delírios muitas vezes passavam despercebidos, permitindo que o monomaniaco mantivesse sua doença oculta por muito tempo e agisse socialmente como uma pessoa saudável. A monomania poderia levar a atos de pseudovingança ou pseudodefesa contra o suposto perseguidor, tornando-se incompreensíveis aos tribunais sem a intervenção dos alienistas (Carrara, 1998).

Segundo Robert Castel (1978), o que importa compreender não é tanto a noção de monomania em si, mas o que se busca por meio dela, como a elaboração teórica e a definição

de um espaço de intervenção prática para a psiquiatria, à margem do funcionamento do sistema judiciário, na medida que rompe com a noção clássica de loucura, permitindo uma abertura de fronteiras mal definidas da dimensão patológica, cuja estratégia diagnóstica se apoia em um saber aproximado. O diagnóstico de alienação mental a essa altura, há de se destacar, condiciona e direciona um destino institucional: o asilo ou a prisão, dependendo de o acusado ser ou não reconhecido como monomaniaco¹².

Por sua vez, a concepção da degenerescência, conforme delineada por Morel, representaria o desvio patológico em relação ao tipo humano normal. É desencadeada por hereditariedade, ou por outras causas, como intoxicações variadas, influências do ambiente social, doenças adquiridas ou congênitas. Entretanto, uma vez instalada, a doença segue seu curso e é transmitida aos descendentes até a extinção da linhagem afetada. A grande reviravolta conceitual que Morel trouxe foi a mudança na compreensão da alienação mental: em vez de ser explicada pelo grupo de sintomas, a doença agora é entendida através de uma causalidade oculta, determinando o lugar do indivíduo no quadro nosológico de acordo com predisposições, causas determinantes e a sucessão de fenômenos patológicos (Castel, 1978).

Morel propõe um enfoque na loucura como uma doença específica, buscando em cada manifestação uma lesão especial e constitutiva. Ele rejeita métodos baseados principalmente na psicologia, argumentando que levariam a divagações nebulosas sem interesse prático. Morel defende uma profilaxia preservadora, que vai além do simples sequestro de indivíduos perigosos ou doentes em espaços fechados. A sociedade deve modificar as condições intelectuais, físicas e morais daqueles separados dos demais, equipando-os contra si mesmos antes de reintegrá-los ao meio social. Isso visa reduzir as reincidências, enfatizando a importância de um tratamento que prepare os indivíduos para uma convivência saudável e funcional (Castel, 1978).

É importante destacar que essas construções, tanto a de Esquirol como a de Morel, externam pontos de interseção, ambas deslocando principalmente a importância do papel da psiquiatria em face ao fato criminoso, ou mais precisamente, ao crime impregnado com a loucura. É nesse cenário que a determinação pelo judiciário de o fato estar ou não jungido pela circunstância da desrazão passa a se precipitar com ainda mais incisividade sobre saber médico

¹²Robert Castel (1978) alude que, além da conquista médica pela dominação do asilo, promoveram-se estratégias para expandir o campo de domínio às admissões, mirando para isso na articulação do exterior para seu interior por meio da perícia médico-legal, entendida como apta ao desenvolvimento da influência do saber e o controle médicos. Nessa questão em particular, complementa Castel, que a competência médica situada no limiar entre o asilo e a sociedade “normal” escolheu exatamente as monomanias na área criminal como alvo dessa primeira penetração psiquiátrica externa, se apresentando como peça fundamental para o funcionamento do aparato judiciário nesses casos.

e suas práticas. Porém, também se diferenciam uma à outra tais perspectivas como explica Carrara:

Enquanto a reflexão em torno da monomania estabelece que um alienado às vezes pode cometer crimes e que existiriam forma mórbidas especialmente criminógenas, a reflexão em torno da degeneração estabelece, por seu lado, que grande parte dos criminosos, por serem criminosos, não deixa de apresentar algum grau de anormalidade psíquica (Carrara, 1998, p. 96-97).

Morel apresentou a necessidade de abandono de uma postura passiva diante das causas que, segundo ele, destroem a espécie humana. Ele argumentava que, mesmo diante das dificuldades e dos muitos casos incuráveis, a medicina não seria impotente como alguns críticos afirmavam. Pelo contrário, afirmava que a medicina ainda seria um meio valioso de salvação para a sociedade. É a medicina que teria a capacidade de avaliar a natureza das causas que produzem as degenerescências na espécie humana e de indicar os tratamentos adequados. Assim, em vez de nos mantermos espectadores inativos, devemos agir e utilizar o conhecimento médico para combater essas degenerescências e proteger a saúde da população (Castel, 1978).

Por meio de categorias como a monomania ou a degeneração, diversos crimes começaram a ser entendidos medicamente, e já se identificava uma zona de interseção, onde crime e loucura se confundiam. Nesse contexto, o crime podia ser interpretado como resultado de um psiquismo perturbado ou anômalo. Através da noção de degeneração, o crime, antes visto como um desvio moral, passou a ser compreendido como uma disfunção orgânica. No entanto, o foco da reflexão médica não era propriamente o crime. A psiquiatria, aparentemente, só podia abordar o crime se o desqualificasse como tal, entendendo-o como o sintoma de uma moléstia mental (Carrara, 1998).

A naturalização do crime fora da oposição sanidade/insanidade e o estabelecimento de suas consequências para a prática penal e penitenciária se concretizaram plenamente com o surgimento de um pensamento jurídico baseado nas formulações de uma nova disciplina, que emergiu nas últimas décadas do século XIX reivindicando *status* de ciência natural, positiva e legítima: a antropologia criminal. É pela influência da concepção de degenerescência de Morel, que, como visto anteriormente, Lombroso aplicou técnicas de antropometria e cranioscopia, ao exame dos corpos dos criminosos e ao tratamento estatístico dos resultados obtidos. Esses procedimentos, embora rapidamente considerados pouco metódicos e não-científicos, levaram à conclusão de que alguns criminosos poderiam ser vistos como uma variação singular do gênero humano, uma classe antropologicamente distinta. Assim, buscava-se demonstrar a existência de um *Homo criminalis*, ou criminoso nato (Carrara, 1998).

Com o avanço do pensamento de Morel, uma clivagem mais sutil de loucura foi estabelecida. Se anteriormente a noção de periculosidade irresponsável em relação à doença mental estava ligada aos estados de agudeza e de grande agitação, facilmente identificáveis, agora “a periculosidade do monomaniaco e, logo, das categorias mais sutis de doentes ou de psicopatas, será imprevisível, pois se enraíza num impulso indetectável que pode amadurecer lentamente às escondidas” (Castel, 1978, p. 172). A temática da monomania ao se situar nos limites das instâncias médico-judicial passou a despertar o olhar dos alienistas para um campo até então não prioritário. Castel (1978, p. 173) identifica que “ao abandonar a referência aos comportamentos reais em favor de imputações a respeito do futuro, a psiquiatria começa a se arrogar uma margem de interpretação (e, portanto, de intervenção) cujos limites são incertos”.

Vale dizer que, após Morel, “quando as noções de degenerescência e de constituição colocaram em primeiro plano uma ‘perversidade’ do doente mental, é que a psiquiatria se orientara para uma espécie de racismo anti-louco” (Castel, 1978, p. 45). Diante dessa nova moldura compreensiva do perigoso impulsivo, detecta Castel (1978, p. 172) o discurso de que “o melhor é não soltá-lo mesmo se manifestar sinais aparentes de cura. Pois o registro mudou: não se trata mais de um ‘retorno à razão’ que anula o parêntese patológico, mas da permanência de uma natureza perversa que pode simular os sinais exteriores da normalidade”. Emerge daí a disseminação das ideias de intervenção preventiva com sustentáculo na noção de defesa social, apoiada no aparato segregacionista asilar por tempo indefinido, que se estabeleceram futuramente, pois como alude Castel (1978, p. 174) “se a cura corre o risco de nada mais ser do que uma ‘aparência’ só há bons doentes no asilo”.

1.3.2 A degenerescência no Brasil com Nina Rodrigues

Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), professor das cadeiras de Medicina Pública e Medicina Legal na Faculdade de Medicina da Bahia em Salvador, é considerado como o fundador da antropologia criminal no Brasil. Ele realizou estudos que contemplavam a questão racial na formação social da população brasileira sob uma perspectiva discriminatória. Autor de obras como “As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil” (1894), dedicada a Lombroso, Ferri e Garofalo; “O animismo fetichista dos negros baianos” (1900); “O alienado no Direito Civil brasileiro” (1901), entre outras, inclusive com publicações póstumas, além de diversos artigos em periódicos como na “Gazeta Médica da Bahia” (Corrêa, 2006).

No artigo intitulado “Mestiçagem, degenerescência e crime”¹³, publicado originalmente no ano de 1899 nos *Archives d'Anthropologie Criminelle*, Nina Rodrigues referiu que o estudo médico sobre a influência degenerativa da mestiçagem era algo relativamente recente. Para ele, Morel, que desenvolvera o conceito clínico de degenerescência, não trataria desse aspecto, pois acreditava firmemente na unidade da espécie humana, então “não podia conciliar a crença na perfeita viabilidade social do mestiço com o reconhecimento de uma influência degenerativa nos cruzamentos humanos”, sendo a psicologia criminal a responsável por desbravar essa consequência nos cruzamentos de raças, resultando na mestiçagem e conseqüentemente o estado de degenerescência (Rodrigues, 2008, p. 1152).

Nina Rodrigues empreendeu um estudo sobre a ligação entre degenerescência e criminalidade, realizando uma pesquisa empírica em Serrinha, uma localidade no estado da Bahia, que, mediante inferência a partir da população local analisada, resultou na sua tese de que as manifestações mórbidas e de degeneração na sociedade brasileira têm raízes profundas nas más condições dos cruzamentos raciais entre brancos, negros e indígenas. Segundo ele, essa miscigenação foi responsável pela constituição de indivíduos desequilibrados física e moralmente, portanto, incapazes de se adaptar ao clima do Brasil e às exigências sociais impostas pelas raças consideradas superiores. A degenerescência se manifestaria não apenas em estigmas físicos, mas também em doenças mentais e comportamentais, como o alcoolismo e a homossexualidade, considerados, sinais de fragilidade moral e psíquica (Rodrigues, 2008).

A criminalidade entre os mestiços, segundo Nina Rodrigues, é predominantemente violenta, reflexo da impulsividade das raças inferiores que não conseguem se adaptar às normas sociais. Ele sugere que essa criminalidade é uma manifestação da incapacidade dos mestiços de se ajustar ao meio social, comparando a criminalidade a outras formas de degeneração que podem se alternar dentro de uma mesma família. Para ele, essa impulsividade é um legado hereditário exacerbado pela mestiçagem, caracterizando, em suas palavras: “manifestações estridentes da degenerescência-enfermidade, nas quais os estigmas se impõem pelo franco desequilíbrio mental ou sob a forma impressionante de monstruosidades físicas repugnantes” (Rodrigues, 2008, p. 1161).

O pensamento de Nina Rodrigues é marcado pelo racismo e higienismo, fundamentados na ideia da superioridade entre raças, refletindo, assim, uma ênfase na defesa social. Em sua obra "As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil" (1894), ele ressaltou a importância da inteligência e da cultura na tomada de decisões e no desenvolvimento dos

¹³A versão original em francês foi intitulada de *Métissage, dégénérescence et crime*.

sentimentos humanos. Argumentou que uma inteligência mais lúcida e cultivada capacita os indivíduos a avaliarem melhor as situações, escolherem ações com clareza de consequências e promoverem o aprimoramento dos sentimentos altruísticos e sociais. Além disso, destaca a necessidade da intervenção precoce da sociedade na vida dos indivíduos, baseada na teoria positivista dos meios substitutivos penais, como forma de prevenir comportamentos antissociais e influências negativas do ambiente, contribuindo assim para o desenvolvimento humano e a defesa social (Rodrigues, 2011).

A civilização representada por uma minoria da raça branca no Brasil, enfrentaria um desafio duplo: proteger-se contra os atos antissociais de seus próprios representantes e contra os atos das raças inferiores. Esses atos podem variar desde crimes no conceito dessas raças até manifestações do conflito entre a civilização superior da raça branca e os esboços de civilização das raças conquistadas ou submetidas. Essa dinâmica reflete não apenas as complexidades da justiça e da ordem social, mas também as tensões subjacentes às relações raciais e sociais no Brasil. A necessidade de uma abordagem mais refinada e equitativa no tratamento dessas questões é evidente, sugerindo a urgência de reformas significativas no sistema legal e na política de segurança pública (Rodrigues, 2011).

Relativamente à criminologia antropológica, disseminada no Brasil nos passos organicistas de Morel e Lombroso, aduziu Nina Rodrigues:

Podemos, então, concluir que o crime, como as outras manifestações de degenerescência dos povos mestiços, tais como a teratologia, a degenerescência-enfermidade e a degenerescência simples incapacidade social, está intimamente ligado, no Brasil, à decadência produzida pela mestiçagem defeituosa de raças antropológicamente muito diferentes e cada uma não adaptável, ou pouco adaptável, a um dos climas extremos do país: a branca ao norte, a negra ao sul.

A associação do crime a francas manifestações degenerativas e sua característica de retorno aos sentimentos indomáveis dos instintos inferiores, bárbaros ou selvagens, não deixa qualquer dúvida a esse respeito (Rodrigues, 2008, p. 1176).

Nina Rodrigues, inspirado nas concepções lombrosianas, buscou validar cientificamente suas ideias preconcebidas sobre os efeitos negativos da miscigenação. Em seus estudos em Serrinha, ele já estava convencido da inviabilidade e dos riscos da mestiçagem, reforçando a política de branqueamento e assimilação negra no período pós-abolição da escravatura e advento da República. Ele se valeu da ideia de um controle racial diferenciado e segregacionista, perpetuador das práticas violentas e racistas que mantinham a ordem excludente escravagista e a hegemonia branca, mesmo com o republicanismo que proclamava

por igualdade e liberdade. Seu estudo empírico validou as ideias preconcebidas acerca do criminoso nato e da personalidade degenerada como inerentes a alguns indivíduos, inculcando nelas os ajustes necessários para a aplicação no contexto brasileiro sob a sua ótica, viabilizando e inspirando a construção de novas formulações em diversas áreas por aqueles que prestigiaram seu pensamento.

O pessimismo apresentado sobre o futuro da nação e o medo disseminado quanto aos negros alimentaram ainda mais o racismo brasileiro, com a crença de que, mesmo que a cor negra se diluísse, as características consideradas primitivas e inferiores dos negros associadas à ínsita degenerescência psíquica, continuariam a ameaçar criminalmente a sociedade. Essa elaboração contribuiu para o fomento do estereótipo da periculosidade ligada à loucura e, portanto, para a adoção dos mecanismos de defesa social, pavimentando o caminho em solo nacional para novas elaborações sustentadoras do *locus* de interlocução entre polícia, justiça e psiquiatria, culminando para o público selecionável específico na criação legitimada do ambiente manicomial judiciário. É importante destacar que, como no domínio dessa compreensão o estado de degenerescência em certas categorias de pessoas é considerado aprioristicamente, quanto a elas não somente se torna aceitável, mas recomendável, em benefício do todo social, que sejam anuladas indefinidamente pois são consideradas irre recuperáveis.

Multiplicar asilos é criar outras tantas pequenas soberanias, porque onde as leis não vigoram, novas leis, opostas às comuns, podem formar-se e, portanto, com espírito contrário ao do corpo inteiro da sociedade (Cesare Beccaria, Trecho de “Dos delitos e das penas”, 1999, p. 117).

2 O REGIME JURÍDICO E O AMBIENTE DE CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA: PERICULOSIDADE E SEGREGAÇÃO

Anteriormente pudemos observar que, como uma construção social não linearizada, a loucura nem sempre foi tida como hoje nos aparenta tão “naturalizada” sob o signo de doença mental. Uma multiplicidade de experiências sociais se produziu até que fosse monopolizada e reduzida pelo e ao discurso psiquiátrico, que dela se apropriou a partir da segregação asilar específica para se proceder à sua nosologia e reproduzir o asilamento como uma biopolítica de saúde social. As nosografias se espargiram e proliferaram para alcançar os mais diversos formatos de comportamentos desviantes, chegando à interseção do crime com suas categorias da monomania e a degeneração moral. A transmutação dessas concepções para a criminologia e dali para o direito penal não tardou. Como questão de tempo, o objeto clássico de investigação passou do crime para o próprio criminoso e o manicômio como o respectivo ambiente “natural” do tratamento moral.

Nessa ordem de ideias, o direito penal de inspiração humanista e liberal, que adredemente teve o mérito de impor limitação e racionalidade ao poder de punir, passou a ceder cada vez mais espaço apenas ao aspecto da legitimação desse poder, sendo sufragado pela

necessidade prática higienista¹⁴ e normalizadora¹⁵, reclamada pela nova ordem capitalista e a estruturação social exigida. Determinismo, periculosidade e defesa social, assumem o espaço antes ocupado pelo livre-arbítrio, culpabilidade e retributividade. Ao lado disso tudo, o *corpus juris*, como ordem jurídica cogente a todos imposta, é o mecanismo privilegiado para a heteronormatização perseguida e, portanto, sustentáculo para a aplicação dessa nova ideologia.

Como explicitado por Juncal (2021, p. 34):

Todo esse aporte teórico, devidamente entrelaçado entre direito e medicina, irá fixar o conceito de periculosidade intrínseca ao louco, criando a necessidade de espaços de confinamento adequados a essas pessoas, bem como um dispositivo jurídico penal especial, qual seja, a medida de segurança. A construção do sujeito perigoso e da periculosidade advém de produção de um discurso com referências diversas, que vai da estatística à psiquiatria forense, tecendo um sujeito de risco, (im)previsível, no qual há que se incidir um mecanismo de controle específico que é orientado pela ideologia de defesa social.

Por essa razão, é importante que conheçamos o histórico do arcabouço jurídico penal brasileiro, o qual sustenta¹⁶ a prática sancionatória impositiva de uma medida de segurança,

¹⁴Explica Foucault (2001, p. 148-149) que “a psiquiatria, tal como se constituiu no fim do século XVIII e início do século XIX principalmente, não se especificou como um ramo da medicina geral. A psiquiatria não funciona - no início do século XIX e até tarde no século XIX, talvez até meados do século XIX - como uma especialização do saber ou da teoria médica, mas antes como um ramo especializado da higiene pública. Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se possa assimilar direta ou indiretamente à doença, pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou (nunca esquecer que a primeira revista de certo modo especializada em psiquiatria na França foram os *Annales d'hygiène publique*. É um ramo da higiene pública e, por conseguinte, vocês hão de compreender que, para poder existir como instituição de saber, isto é, como saber médico fundado e justificável, a psiquiatria teve de proceder a duas codificações simultâneas. De fato, foi preciso, por um lado, codificar a loucura como doença; foi preciso tornar patológicos os distúrbios, os erros, as ilusões da loucura; foi preciso proceder a análises (sintomatologia, nosografia, prognósticos, observações, fichas clínicas, etc.) que aproximam o mais possível essa higiene pública, ou essa precaução social que ela era encarregada de garantir, do saber médico e que, por conseguinte, permitem fazer esse sistema de proteção funcionar em nome do saber médico. Mas, por outro lado, vocês estão vendo que foi indispensável uma segunda codificação, simultânea à primeira. Foi preciso ao mesmo tempo codificar a loucura como perigo, isto é, foi preciso fazer a loucura aparecer como portadora de certo número de perigos, como essencialmente portadora de perigos e, com isso, a psiquiatria, na medida em que era o saber da doença mental, podia efetivamente funcionar como a higiene pública. Em linhas gerais, a psiquiatria, por um lado, fez funcionar toda uma parte da higiene pública como medicina e, por outro, fez o saber, a prevenção e a eventual cura da doença mental funcionarem como precaução social, absolutamente necessária para se evitar um certo número de perigos fundamentais decorrentes da existência mesma da loucura”.

¹⁵Foucault (2006, p. 642) já referia que, como instrumento biopolítico, perseguia-se “a moralização dos indivíduos” visando à “normalização das massas”.

¹⁶O verbo “sustentar” é empregado no presente do indicativo em referência à legislação de natureza – ao menos formal – penal, entretanto, não se pode deixar de ressaltar desde logo que, se fossemos considerar o posicionamento doutrinário de que a LRP revogou o regime legal penal das medidas de segurança em 2001 – do qual nos ocuparemos em apresentar mais tarde neste trabalho –, já se poderia utilizar o verbo no tempo pretérito. Isso, porém, ainda sem considerar a sustentação de Oliveira (2021) a respeito da revogação expressa da dimensão jurídico-normativa da periculosidade desde 1984, que repousava no art. 78 do Código Penal de 1940.

levando o doente mental infrator da lei penal ao MJ. A própria ciência jurídica enquanto dogmática repele a imputação de culpa e responsabilidade quando da prática de um fato típico pelo inimputável, ainda assim, é permissiva que nos meandros dos tortuosos caminhos jurídico e judiciário se formem as estratégias que condenam o doente mental, não pelo fato, mas por sua condição de saúde, a até uma “prisão” perpétua cumprida em ambientes inóspitos, os quais desafiam ao doente não apenas a preservação do seu corpo, mas também da sua alma na subjetividade submetida ao processo normalizador dos seus “tratamentos”.

Muito além dos discursos jurídicos e judiciários no sentido prático-dogmático, entremeados pelas doses necessárias do discurso psiquiátrico vertidas no seu interesse – assemelhadamente à emergente da concepção de Tobias Barretto¹⁷ –, o destino ambiental do doente mental no manicômio ou no MJ¹⁸, este mais recentemente sob a denominação mais palatável sob o signo de HCTP, evidenciam a necessidade de superação dessa concepção enraizada desde ainda o século XIX.

2.1 O ITINERÁRIO NORMATIVO BRASILEIRO

Mesmo antes da “invenção” e o estabelecimento das medidas de segurança no seio da ordem jurídica estatal em nível planetário, essa mesma ordem penal, como que em um prelúdio, já prospectava em nosso país um ambiente específico destinado ao afastamento dos anormais do corpo social e sua inocuização (como se fez no art. 10, 2º do Código Criminal de 1830). Essa é uma amostra, de inúmeras outras, da tendência identificada por Foucault (1999, p. 20-21) de que no interregno dos últimos 150/200 anos “os juízes, pouco a pouco, mas por um processo que remonta bem longe no tempo, começaram a julgar coisa diferente além dos crimes: a ‘alma’ dos criminosos [...] um conjunto de julgamentos apreciativos, diagnósticos, prognósticos [...]” do criminoso acolhidos no âmago do sistema penal.

No caso francês, cujo Código Penal de 1810 citava a loucura em um único dispositivo (art. 64) para dizer que: onde entra a loucura o crime sai; mas que, posteriormente, se transfigurou por mera interpretação para: pode-se ser, ao mesmo tempo, culpado e louco, mas quanto mais louco, porém, menos culpado (Foucault, 1999); chegando-se, por fim: ao se é

¹⁷Na obra dedicada a analisar o regime jurídico da imputabilidade no Código Criminal de 1830, cuja versão original remonta ao ano de 1884, em meio às críticas difundidas sobre ideias que permearam a Escola Clássica do Direito e o fascínio pela ideologia da defesa social – apesar de variadas críticas ao pensamento de lombrosiano –, Tobias Barretto (1926, p. 139), concebe o direito como “expressão de *experiencia capitalizada* no processo de eliminação das irregularidades da vida social”.

¹⁸Lombroso (2010) na sua obra de 1876 já fazia referência a uma proposta universal de manicômio específico para o tratamento dos delinquentes, designando-o de manicômio criminal.

criminoso é doente (degenerescência moral), implicando na imposição para além de uma pena, ainda uma medida de segurança. Paralelamente, também no Brasil, inicialmente não havia espaço no sistema penal para a responsabilização penal da loucura (art. 10, Código Criminal de 1830). Porém, diante da crescente demanda por controle do doente mental e afastamento de sua presença no seio social, permitiu-se sua segregação por mera conveniência judicial, consubstanciando, com isso, quadro representativo dos passos iniciais de uma caminhada para o destino final do porvir: a instituição ambiental do MJ.

Desse ponto, à mera formalização do instituto da medida de segurança (1940), já se haviam instituídos os MJs, não se podendo por qualquer instante esquecer que, convenientemente, como destaca Ferrajoli (2002, p. 629), que “no procedimento de aplicação das medidas de segurança não existe nenhum fato a provar, mas só uma qualidade a declarar: a qualidade da pessoa ‘socialmente perigosa’”. Nessa perspectiva, sequer mais há um fator diferencial: imposição da medida de segurança e, portanto, inocuidade no MJ, tanto para o doente mental infrator penal quanto para o – só – infrator, pois no crime este revela sua degenerescência moral e, por consequência, sua doença, estando a sociedade em qualquer dos casos sob a ameaça da periculosidade. Cabível, inclusive, sob o modelo do duplo-binário, impor-se uma pena de caráter proporcional e retributiva conjugadamente com uma medida de segurança visando a cessação da periculosidade do agente. Esse regime, diz Juncal (2021, p. 94) funciona como “um *continuum* entre pena e medida de segurança [...] serviu verdadeiramente, para incapacitar as pessoas submetidas ao sistema penal, gerando penas *de facto* indeterminadas ou perpétuas”.

Só recentemente com a aproximação da implantação de uma nova ordem constitucional (1988), no período transitório e de “superação” do autoritarismo, foi que em 1984 instituiu-se uma Lei de Execução Penal (LEP) e a Reforma da Parte Geral do Código Penal de 1940, restringindo-se a abrangência do dispositivo medida de segurança para alcançar “apenas” o inimputável como o “agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (art. 26) ou o semi-imputável nos casos limítrofes (art. 27), estabelecendo-se então o sistema vicariante em superação ao do duplo binário (Brasil, 1940).

2.1.1 O Código Criminal (Imperial) de 1830

No início do processo de colonização do Brasil por Portugal, as leis e costumes da metrópole foram estabelecidas como a base jurídica do nosso país. A sociedade que migrou para a colônia trouxe consigo suas próprias práticas sociais e políticas, juntamente com as leis portuguesas que refletiam o direito das nações europeias da época, dando início à história da cultura brasileira. Os povos nativos, considerados selvagens em estágio cultural primário, não puderam influenciar as normas jurídicas impostas pelos conquistadores, interrompendo assim o desenvolvimento autônomo das culturas originárias. As Ordenações Afonsinas, Manuelinas e Filipinas imperaram até logo após a proclamação da República em 1822, com o advento do Código Criminal em 1830 (Bruno, 2005).

Nesse primeiro Código Criminal brasileiro, considerou-se que “não se julgarão criminosos: [...] Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime” (art. 10, 2º), entretanto, desde logo previu-se: “Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente” (art. 12) (Brasil, 1830). Infere-se pela generalidade do termo empregado na codificação, que não existia um ambiente específico pré-determinado para recolhimento do louco infrator, soando a norma, ao que mais evidencia, uma conclamação da necessidade política de assim se definir um equipamento e o instituir.

Essa impressão é ratificada por Thayara Branco (2019) ao relatar que inexistiam no país algum hospital geral ou específico para esse público. Como afirmado pela autora (2019, p. 118), o primeiro hospital para alienados do Brasil, o D. Pedro II, surgiria apenas em 1852, “fruto da política de sanitarismo, higienismo, controle social e segurança pública advinda do projeto médico-social”. Nesse quadro, o futuro do louco criminoso era incerto, vigorava a extremada discricionariedade judicial e selado seu destino como ao Juiz parecer mais conveniente, sendo certo que, geralmente, aqueles pertencentes às elites poderiam ser entregues às suas famílias, já os outros, pela falta de ambiente específico seriam destinados a algum lugar para o cumprimento da segregação, delegacias, porões das santas casas, etc (Branco, 2019).

Importante notar que este Código, além de afastar o louco da malha da responsabilidade penal, não apresenta cisão alguma entre pena e medida preventiva assecuratória, o que surgiria somente futuramente, constituindo-se, então, apenas um precedente das medidas de segurança (Souza, 2014). A sistematização das medidas de segurança, há de se destacar, tem origem com Karl Stooss no Projeto do Código Penal da Suíça de 1893, seguido nos projetos das codificações penais alemã de 1909 e austríaca de 1910 (Ferrari, 2001).

O art. 64, inserido no Título II “Das Penas”, consigna que “os delinquentes que, sendo condenados, se acharem no estado de loucura, não serão punidos, enquanto nesse estado se conservarem” (Brasil, 1830). A interpretação possível do dispositivo, como aduzido por Souza (2014), refere à alienação superveniente ao crime, ficando suspensa a execução da pena durante o tempo em que o agente não retome a razão, todavia, enquanto isso não se verificar, ele não escapa ao ambiente asilar próprio das “casas para elles destinadas”. Lembremos que, como de fato estas eram inexistentes, então seriam vertidos a algum dispositivo que lhe fizessem as vezes, como aqueles aduzidos por Branco, se esta for a escolha mais conveniente no entendimento do juiz, senão a única opção caso não dispusesse de amparo familiar, podendo isso também significar o internamento perpétuo.

2.1.2 O Código Penal da República dos Estados Unidos do Brasil de 1890

No contexto jurídico, a ascensão da Escola Positiva era notável já no final do século XIX. Até então, a Escola Clássica de Direito, baseada no princípio do livre-arbítrio, dominava a perspectiva sobre o crime. Contudo, sinais evidentes de sua perda de influência eram visíveis, especialmente no Brasil, refletidos na elaboração do Código Penal de 1890. Tal código refletiu os novos conceitos teóricos da Escola Positiva, embora ainda mantidos muitos princípios da Escola Clássica. Isso marcou o início de uma abordagem mais centrada na criminalização, onde o crime passou a ser visto como uma realidade intrínseca ao paradigma científico, afastado da conformação cultural. A coexistência dessas visões conflitantes contribuiu para as imperfeições, falhas técnicas e omissões do Código Penal da época (Chaves, 2010).

A expressão “loucos de todo gênero” empregada no Código de 1830, ao passo do desenvolvimento do alienismo positivista, cada vez mais era apontado como de generalidade extremada (Nascimento, 2023). A estratégia do asilamento perduraria por décadas sem uma lei para legitimar aos médicos a admissão dos loucos no hospício¹⁹ e, por conseguinte, no aumento do poder psiquiátrico. Reconhecido como “Pinel Brasileiro” (Amarante, 2006, p. 31), João Carlos Teixeira de Freitas, em 1886, lançou críticas ao Código Imperial, sendo destacáveis: a inexigência de um perito-psiquiatra para atestar a alienação no criminoso, implicando em poder

¹⁹Conforme Paladino e Amarante (2022, p. 11), o primeiro hospício do Brasil tratou-se do Hospício D. Pedro II de 1852, no Rio de Janeiro, então capital federal, e posteriormente mais oito seriam inaugurados nas maiores cidades brasileiras, com isso “o tempo passava, os hospícios lotavam e o poder médico ganhava cada vez mais centralidade”.

arbitrário ao juiz de destiná-lo à internação ou à família; assim como a inexistência, de fato, das casas para eles destinadas (Machado *et al.*, 1978).

A formalização do entrelaçamento entre medicina e psiquiatria incursionada no século XIX no continente europeu, e a nosologia daí resultante²⁰, serviu de inspiração para a aplicação no Brasil. Na França uma lei de 30 de junho de 1838 regulamentou a intervenção psiquiátrica nos procedimentos ligados ao funcionamento dos asilos e doentes mentais, e essa mesma diretriz se pretendia instituir em solo nacional (Souza, 2014). De modo geral todos os anseios médicos foram contemplados como políticas estatais, sendo que quando não foram consagrados de forma direta e imediata com o surgimento do novo Código, foram mediados em outros instrumentos normativos, permitindo gradualmente a monopolização do campo reduzido ao discurso psiquiátrico.

Relativamente a isso, previu o Código de 1890:

Art. 27. Não são criminosos:

[...]

§3. os que, por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§4. os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime (Brasil, 1890).

Na observação temporalmente próxima de Antonio José da Costa e Silva (2004), do ano de 1930, aduziu em referência ao §3, a infelicidade do legislador em adjetivar de nativa a imbecilidade, na medida em que os estudos desenvolvidos na linha de Esquirol, apresentavam essa característica congênita como ínsita à nosografia da imbecilidade, e também traço fulcral distintivo para a da idiotia. Comenta o autor (2004, p. 186) que os idiotas, em regra, têm menor grau de afetação da inteligência, mas a depender do quadro de afetação encefálica, podem igualar ou superar ao estado dos imbecis, e “dada a insuficiência ou debilidade mental dos imbecis e idiotas, somente em cada caso particular é lícito afirmar se ocorre ou não a responsabilidade criminal”, isentando o Código da responsabilidade aqueles absolutamente incapazes de imputação.

Referente ao §4, não se adstringe às duas específicas doenças mentais do dispositivo antecessor, mas – ao estado – de completa privação de sentidos e consciência do agente.

²⁰Consoante aduzido por Costa (2009), os médicos brasileiros, motivados pelas ideias dos médicos franceses, requereram às autoridades competentes a inclusão de uma disciplina dedicada ao estudo da alienação no campo da Medicina. Como reforço, em 30 de junho de 1870, José Pereira Rego, Presidente da Academia Imperial de Medicina, proferiu um discurso enfatizando a relevância dos estudos sobre alienação mental, sobretudo para a avaliação mental de criminosos junto ao sistema de justiça.

Incontáveis foram, então, as críticas levantadas, chegando-se ao extremo de se considerar que tal estado somente se encontrariam em um cadáver e, portanto, incapaz de algum gesto mental e/ou físico. Nesse contexto, consideradas as inúmeras nosografias das doenças mentais, estabeleceram-se infundáveis discussões jurídicas, como: ao não se enquadrar o caso do agente à nosografia da imbecilidade nativa, o juiz estaria obrigado a aplicar pena, porquanto não se enquadraria naquela classificação (Silva, 2004).

O legislador de nosso país, trocando a frase, ampla e vaga, do código que lhe serviu de modelo, pela de "completa privação", quiz traduzir inequivocamente o pensamento de que, para acarretar a impunidade do autor de um facto criminoso, era mistér mais do que uma simples perturbação dos sentidos e da intelligencia. Essa perturbação devia ser de tão alto grau, de tamanha intensidade, que privasse o agente da consciencia do acto praticado. Infelizmente, na pratica, o pensamento do legislador foi de todo em todo desvirtuado (Silva, 2004, p. 190)²¹.

Com isso, ainda quando a razão psiquiátrica não encontrava a capacidade de responsabilidade para o cumprimento de uma pena, a mesma razão não livrava esses irresponsáveis da internação fundamentadamente na exigência de garantia do corpo social, “recolhidos a hospitais de alienados” (art. 29) (Brasil, 1890)²², em referência aos manicômios, efetivamente instituídos desde 1852. O diploma de 1890, como visto, apresentou uma designação do equipamento mais aperfeiçoada ao desenvolvimento da medicalização da loucura, superando a previsão do código antecessor que tratava das “casas para elles destinadas”. No entanto, ainda não apresentava qualquer disposição acerca de preocupação com o cuidado no sentido de recuperação do paciente para sua reinserção social. Ao contrário, aponta precursoramente à construção da periculosidade na dogmática jurídica como condição necessária e suficiente para a inocuização do paciente, pautada exclusivamente na matriz de defesa social.

Ainda que durante a vigência do Código Penal Imperial ele próprio não previsse a “periculosidade” como uma categoria jurídica, uma plêiade legislativa extravagante – penal e outras – passa a admiti-la na práxis do tratamento do insano infrator, notadamente com o

²¹De acordo com Silva (2004, p. 189-190), sob inspiração ainda do código bávaro de 1813 em sua versão original, que tratava de facto praticado “em uma perturbação qualquer dos sentidos ou da intelligencia, não imputável ao agente, e durante a qual este não tivesse tido a consciencia do facto ou de sua criminalidade”, o legislador nacional “receioso de dar ao dispositivo uma amplitude inconveniente e perigosa, substituiu as palavras ‘perturbação qualquer’ por ‘completa privação’”.

²²Art. 29. Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim o exigir para a segurança do público.

Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903, que instituiu o MJ. A proliferação legislativa na órbita penal chegou a tal ponto que em 1932 editou-se o Decreto nº 22.213, como uma Consolidação das Leis Penais, na tentativa de sistematizar todas as leis penais, tendo como um dos fundamentos plasmado nos seus considerandos: as modificações e “inúmeros institutos reclamados pela moderna orientação da penalogia” (Brasil, 1932), todavia, mesmo assim não resistiu ao anseio por um novo Código Penal, que estrearia em 1940.

2.1.3 O Código Penal de 1940

Somente com a promulgação do Código Penal de 1940 é que se estabeleceu de forma definitiva a organização das medidas de segurança no Brasil. Com sua codificação, foi adotado o sistema do duplo binário, com as medidas de segurança sendo regulamentadas ao lado das penas, com o propósito de complementá-las quando relacionadas aos responsáveis e de substituí-las quando aplicadas aos irresponsáveis (Ferrari, 2001). Diante desse fato, pode-se constatar que antes mesmo da alteração na legislação penal, referente à imputabilidade (ou responsabilidade penal), e antes mesmo da introdução da medida de segurança penal com o Código de 1940, o internamento no MJ, justificado como um tratamento de saúde mental, tinha se tornado comum no Brasil desde o início do século, com um aumento significativo a partir dos anos 1920 (Oliveira, 2021).

Conforme articula Patricia Oliveira (2021, p. 104) em referência ao Código de 1940:

as “medidas de segurança” foram batizadas e a questão do asilamento dos perigosos para fim de tratamento passou a integrar o campo jurídico-penal. Batizadas, porque já existiam de fato e de direito (na lei de política sanitária), mas não haviam sido nominadas no marco da lei *penal*.

O continente jurídico-penal das medidas de segurança tinha um conteúdo não apenas destinado às pessoas consideradas insanas, porque tinham uma função de neutralização, de proteção da sociedade, alinhadas à ideologia da defesa social. Por isso, eram aplicadas com base no *conceito psiquiátrico-forense da periculosidade*. Esse conceito veio do alienismo, fruto da modernidade eurocentrada e foi escrito no artigo 78, do Código Penal de 1940, com uma formatação adequada ao Brasil, expressando a colonialidade do poder e do saber.

O novo Código foi sancionado em 7 de dezembro de 1940 passando a vigorar em 1º de janeiro de 1942. Imerso no clima ditatorial de 1937, o Projeto apresentado por Alcântara Machado, foi encomendado pelo então Ministro da Justiça, Francisco Campos. Era rígido e ideologicamente autoritário, conjugando premissas neoclássicas com aquelas desenvolvidas no

âmbito da criminologia positiva, culminando na implantação do sistema do duplo binário e implantação das medidas de segurança²³ (Branco, 2019).

Na sua Exposição de Motivos declara peremptoriamente

É notório que as medidas puramente repressivas e propriamente penais se revelaram insuficientes na luta contra a criminalidade, em particular contra as suas formas habituais. Ao lado disto existe a criminalidade dos doentes mentais perigosos. Estes, isentos de pena, não eram submetidos a nenhuma medida de segurança ou de custódia, senão nos casos de imediata periculosidade. Para corrigir a anomalia, foram instituídas, ao lado das penas, que teem finalidade repressiva e intimidante, as medidas de segurança. Estas, embora aplicáveis em regra *post delictum*, são essencialmente preventivas, destinadas à segregação, vigilância, reeducação e tratamento dos indivíduos perigosos, ainda que moralmente irresponsáveis.

[...]

Em cotejo com o direito vigente no Brasil, o projeto contem uma inovação capital: é a que faz ingressar na órbita da lei penal as *medidas de segurança*.

[...]

Apenas cumpre insistir na afirmação de que as medidas de segurança não teem caráter *repressivo*, não são *pena*. Diferem desta, quer do ponto de vista de suas causas e de seus fins quer pelas condições em que devem ser aplicadas e pelo modo de sua execução. São medidas de *prevenção* e *assistência* social relativamente ao “estado perigoso” daqueles que, sejam ou não *penalmente responsáveis*, praticam ações previstas na lei como crime.

O projeto seguiu o modelo italiano: faz preceder de uma série de *disposições gerais* a divisão e enumeração das diferentes espécies de medidas de segurança e modos de sua execução. O título consagrado às medidas de segurança, com sua *parte geral* e sua *parte especial*, poderia ser denominado “o *código de segurança dentro do código penal*” (Brasil, 1940).

²³Ainda que o interesse desse trabalho se ligue diretamente às medidas de segurança na modalidade de internação pela relação direta com o MJ, importante consignar que foram originalmente instituídas em 1940 como de natureza pessoal e patrimonial (Brasil, 1940):

“Art. 88. As medidas de segurança dividem-se em patrimoniais e pessoais. A interdição de estabelecimento ou de sede de sociedade ou associação e o confisco são as medidas da primeira espécie; as da segunda espécie subdividem-se em detentivas ou não detentivas.

Medidas de segurança detentivas

§ 1º São medidas detentivas:

I - internação em manicômio judiciário;

II - internação em casa de custódia e tratamento;

III - a internação em colônia agrícola ou em instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional.

Medidas de segurança não detentivas

§ 2º São medidas não detentivas:

I - a liberdade vigiada;

II - a proibição de frequentar determinados lugares;

III - o exílio local.

Falta de estabelecimento adequado

Art. 89. Onde não há estabelecimento adequado, a medida detentiva, segundo a sua natureza, é executada em secção especial de outro estabelecimento”.

Nessa quadra foi instituído “o critério *dualista cumulativo* – ou sistema do *duplo binário* – caracterizado pela *cumulatividade* ou pela *alternatividade* de aplicação de penas criminais e/ou medidas de segurança contra autores de fatos definidos como tipos de injusto” (Santos, 2014, p. 481). Thayara Branco (2019, p. 123) compreende que, com o advento desse novo paradigma legislativo, “as ‘penas’ sofisticadamente construídas sob justificativas científicas refletem o que sempre se buscou no discurso médico absorvido pelo direito: a neutralização dos indesejáveis e degenerados para o ‘bem-estar’ e ‘segurança’ da coletividade”. Pouca coisa se pode imaginar ser tão conveniente para qualquer regime policialesco, como é o caso da legitimidade conferida a partir de uma rotulagem legal, autorizativa da aplicação do asilamento como instrumento de execração de opositores.

Consoante Zaffaroni e Peirangeli (2011) a constituição em 1940 desse sistema de medidas de segurança conjugada com a possibilidade de cumulação com a pena, no duplo binário, promove espaço para burla da determinabilidade da pena e violação para execução em caráter de perpetuidade. O texto é correspondente a um próprio tecnicismo jurídico de jaez autoritário, mesclando as penas retributivas com as medidas de segurança de duração indeterminada (como no Código Rocco), fato que gera uma clara instabilidade jurídica e se transforma em um instrumento para neutralizar os indesejáveis com sua prolongada institucionalização.

A institucionalização da categoria jurídico-dogmática da periculosidade, originada no seio da escola positivista, passa a expressamente constar na legislação nacional em caráter de definitividade. Não se resume mais a atingir os inimputáveis afetados das “doenças mentais” quando praticantes de um ato criminoso, mas, também, os imputáveis, ou seja, aqueles aprioristicamente “normais” mas com predisposição criminosa. Isso em razão da inaptidão destes em respeitar as normas sociais de convivência, seja pela incapacidade de emenda após o cumprimento de uma pena anterior, seja pela classificação do fato ou circunstâncias envolvidas na sua prática reveladores de reprovabilidade acentuadamente exacerbada e, portanto, implicadora da sua periculosidade.

A respeito dessas concepções, que também fundamentam as teorias do direito penal do inimigo, explicam Fry e Carrara (1986, n. p.) acerca do contexto para a aplicação da pena e para a pena cumulativamente à medida de segurança

poderíamos dizer que o antigo código supunha a existência de duas grandes classes de indivíduos. Na primeira delas, estavam aqueles que violavam voluntariamente o contrato social, considerado como base do direito; e, responsáveis por essa violação, deveriam restituir o equilíbrio social rompido

ao se submeterem à punição prevista. Era evidentemente esperado, nesse caso, que os efeitos aflitivos, morais e materiais, da pena por si sós atingissem tais indivíduos, fazendo com que se arrependessem ou se intimidassem. Ainda, acreditava-se que a pena intimidasse os infratores em potencial. Na segunda classe, estavam colocados os indivíduos que compartilhavam de uma espécie de *essência criminosa* e que, por isso mesmo, romperiam contínua e quase que involuntariamente esse equilíbrio social. Sua criminalidade parecia escapar à sua "vontade", não sendo passível de uma avaliação moral e de uma reação simplesmente moralizadora como a que era característica da pena. Tais condenados seriam portanto refratários ao caráter admoestador da pena-punição, voltando a delinquir tão logo restituídos à liberdade. A periculosidade seria assim um predicado do sujeito, se manifestando "sintomaticamente" como um índice de probabilidade de reincidência, e precisando de toda uma gama de novas práticas penais.

O Código Penal de 1940 não só instituiu a periculosidade, como também se certificou de apresentar os presumidamente “perigosos” para a respectiva intervenção jurisdicional diferenciada:

- Os loucos criminosos sujeitos a detenção nos manicômios judiciários; (art. 22 c/c art. 78, I e art. 88, § 1º, I e art. 91);
- Os ébrios habituais e toxicômanos sujeitos a detenção e tratamento em casa de custódia e tratamento (art. 78, III c/c art. 88, § 1º, II e art. 92, IV).
- Os reincidentes em crime doloso sujeitos a internação, a critério do juiz, em colônia agrícola ou instituto de trabalho, de reeducação ou de ensino profissional (art. 88, § 1º, III c/c art. 93, I); assim como aos condenados por crimes cometidos com filiação à associação, bando ou quadrilha de malfeitores (art. 78); e aos condenados por crimes relacionados à "ociosidade", "vadiagem" e "prostituição" (art. 93, II, b).

Além dessas hipóteses presumidas pela lei, o juiz deveria reconhecer como perigoso “o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venha ou torne a delinquir” (art. 77), estampando expressamente que a lei penal se distanciava do fato, para direcionar sua força sobre a pessoa do delinquente, do seu modo de ser. Não se podendo deixar de destacar ainda que, pelo processo de criminalização primária²⁴, frequentemente incidente sobre condutas de mera reprovação

²⁴A etapa primária no processo de criminalização, ou a criminalização primária, como aventada por Baratta (2014, p. 165), condiz ao fato de que “o direito penal tende a privilegiar os interesses das classes dominantes, e a imunizar do processo de criminalização comportamentos socialmente danosos típicos dos indivíduos a elas pertencentes, e ligados funcionalmente à existência da acumulação capitalista, e tende a dirigir o processo de criminalização, principalmente, para formas de desvio típicas das classes subalternas. Isto ocorre não somente com a escolha dos tipos de comportamentos descritos na lei, e com a diversa intensidade da ameaça penal, que frequentemente está em relação inversa com a danosidade social dos comportamentos, mas com a própria formulação técnica dos tipos legais. Quando se dirigem a comportamentos típicos dos indivíduos pertencentes às classes subalternas, e que contradizem às relações de produção e de distribuição capitalistas, eles formam uma

moral, permitiam a higienização e perseguição de determinadas pessoas não mais consideradas sob a dimensão integral do *status* de cidadão. Portanto

podemos notar que a constatação de periculosidade se ancorava principalmente em uma avaliação qualitativa do acusado para além do seu crime, ou seja, na verificação da "anormalidade" de sua personalidade. A medida de segurança deveria corrigir, tratar, essa "anomalia" individual da personalidade, agindo ainda sobre suas causas. Pelo seu caráter medicinal e pedagógico, a intervenção deveria incidir basicamente no organismo, no "psiquismo" e/ou nos valores sociais dos condenados, reproduzindo nas prisões procedimentos não apenas punitivos. Sendo ação individualizada e individualizadora, a medida de segurança, ao contrário da pena, não teria limites marcados, tendo forma e duração variáveis, determinadas pelo acompanhamento de cada caso (Fry; Carrara, 1986, n. p.).

Infere-se ainda que, a medida de segurança como complemento da pena, objetivava resolver o caráter de ineficácia da pena comum relativamente aos sujeitos considerados incorrigíveis, sob a justificativa da proteção social. Essa forma de albergamento da medida de segurança no direito brasileiro revela que o critério de seleção à criminalização não condiz mais ao crime, ao fato, mas à pessoa ou modo de ser do agente, considerado "louco criminoso". Da persecução penal do fato se passa à do autor, ligada à periculosidade inserta na personalidade constituinte da definição legal de periculosidade, como aduz Rauter (2003, p. 71), pela "tendência delituosa, tendência essa avaliada pelo juiz com o auxílio de seus peritos auxiliares (os psiquiatras, principalmente)" e, pois, "uma vez considerado 'perigoso' o destino é a medida de segurança".

A turbidez própria das zonas cinzentas produzidas pela proliferação das espécies de doenças descritas e classificadas pela psiquiatria gradualmente impregna e condiciona mais intensamente o campo jurídico, que, por sua vez, reversamente, recorre àquela em busca de sentidos, produzindo um ciclo de retroalimentação e reafirmação mútuos. A essa altura se estabelece, "através de um prognóstico de periculosidade, do qual, mesmo os psiquiatras mais cientistas nunca conseguiram fornecer critérios positivos indiscutíveis, que [o diagnóstico psiquiátrico] pesa, sobretudo, para condicionar completamente o destino social de um sujeito" (Castel, 1978, p. 174).

rede muito fina, enquanto a rede é frequentemente muito larga quando os tipos legais têm por objeto a criminalidade econômica, e outras formas de criminalidade típicas dos indivíduos pertencentes às classes no poder".

Nesse entroncamento a psiquiatria serve para atravessar os casos limítrofes entre a parcial e a total irresponsabilidade penal, isentando da pena somente esta, sem deixar indeterminado, porém, como vigorava nos Códigos de 1830 e 1890, o destino dos não considerados completamente loucos, incapazes de compreender o caráter de ilicitude ou determinar-se conforme o entendimento (art. 22, parágrafo único). Ao lado disso, é preciso destacar o paradoxo do sistema do duplo binário em reconhecer culpabilidade com a pressuposição de imputabilidade, mas, de qualquer forma, encarnar sobre o mesmo agente a periculosidade-normativa, associando-se pena com medida de segurança.

2.1.4 A Reforma de 1984

O Código Penal de 1940, o ainda vigente na atualidade, foi profundamente reformado na Parte Geral com a edição da Lei nº 7.209, de 7 de dezembro de 1984, notadamente o regime jurídico das medidas de segurança, reduzindo-se de vinte e sete artigos da lei para apenas quatro e seus parágrafos. O campo de aplicação da tecnologia da periculosidade era muito extenso, implicando inimputáveis e os imputáveis, inclusive com elenco de hipóteses de presunção absoluta da sua caracterização. Essa concepção albergava em grau demasiadamente acentuado as formulações da criminologia positivista, sem relação com a responsabilidade penal. Assim, com a prática do crime representando apenas o indicativo do estado de periculosidade em razão da personalidade desajustada, acionadora da noção de defesa social, estava franqueado o controle por contenção do agente mediante o afastamento do meio social e sujeição a tratamento até recuperação (Dornelles, 2015).

Conjuntamente à reforma da Parte Geral do Código Penal, em 1984 também se editou como novidade no ordenamento jurídico nacional a Lei nº 7.210/1984, a LEP, a qual cuidou enfim de jurisdicionar a execução penal, tratando de homogeneizar e pormenorizar a matéria atinente ao cumprimento das sanções penais, anteriormente prevista de forma privativa e mais rarefeita no Código Penal e em legislações estaduais. A LEP passou a regular com protagonismo a matéria a despeito da permanência de disposições em menor amplitude naquele. Em seu art. 1º declara o objetivo de “efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (Brasil, 1984).

Essa reforma legislativa objetivou excluir os imputáveis do regime da medida de segurança, remanescendo apenas para o agente inimputável e semi-imputável²⁵, contudo ao

²⁵Contudo, mesmo ao imputável, no caso que sobrevenha o estado de perturbação mental durante o cumprimento da pena, remanesce a possibilidade da imposição da medida de segurança, como previsto no art. 183 da LEP,

imputável que, consoante previsão da LEP, durante o cumprimento da pena, sobrevenha perturbação mental, remanesce como possibilidade (art. 183). Não que ela tenha representado, mesmo meramente no plano jurídico-positivo, alguma evolução quanto à forma de tratamento das pessoas em sofrimento mental que foram selecionadas pelo sistema de justiça. A motivação teve mais a ver com a ineficiência do quadro anterior relativamente aos criminosos “não doentes mentais”²⁶. Logo da Exposição de Motivos pode-se verificar que

Extingue o Projeto a medida de segurança para o imputável e institui o sistema vicariante para os fronteiriços. Não se retomam, com tal método, soluções clássicas. Avança-se pelo contrário, no sentido da autenticidade do sistema. A medida de segurança, de carácter meramente preventivo e assistencial, ficará reservada aos inimputáveis. Isso, em resumo, significa: culpabilidade - pena; periculosidade - medida de segurança. Ao réu perigoso e culpável não há razão para aplicar o que tem sido, na prática, uma fração de pena eufemisticamente denominada medida de segurança (Brasil, 1983).

Para o inimputável em razão de doença mental – categoria que, quando entrelaçada à modalidade de internação da medida de segurança, redundava no encarceramento do agente no HCTP e que, por tal razão, é a de primordial interesse desse trabalho –, verifica-se que, apesar da renumeração do art. 22 (1940) para art. 26 (1984) não houve qualquer alteração do texto, assim: “É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o carácter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”. Em relação ao semi-imputável por enfermidade mental, com previsão no parágrafo único, a reforma manteve o mesmo sentido da norma originária de 1940, entretanto, com singelas alterações na redação: “A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o carácter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”.

Como expressado na Exposição de Motivos, relativamente ao semi-imputável:

Nos casos fronteiriços em que predominar o quadro mórbido, optará o juiz pela medida de segurança. Na hipótese oposta, pela pena reduzida. Adotada,

cuja redação original se diferencia da atual apenas pela inclusão da Defensoria Pública como um dos órgãos com aptidão para requerer a conversão: “Quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança”. (Redação dada pela Lei nº 12.313, de 2010).

²⁶No sistema do cumulativo do duplo binário de execução sucessiva, como lembra Rauter (2003, p. 85), as “medidas de segurança, impostas em combinação com as penas, deveriam ser cumpridas em estabelecimentos especiais, onde se processaria o tratamento por eles pretendido. Como estes estabelecimentos não chegaram de fato a existir, na maioria dos casos, pena e medida de segurança eram na prática a mesma coisa.

porém, a medida de segurança, dela se extrairão todas as conseqüências, passando o agente à condição de inimputável e, portanto, submetido às regras do Título VI, onde se situa o artigo 98, objeto da remissão contida no mencionado parágrafo único do artigo 26 (Brasil, 1983).

Relativamente às modalidades da medida de segurança, instituíram-se duas: a internação e o tratamento ambulatorial (respectivamente, incisos I e II do art. 96)²⁷. Quanto ao cabimento de uma ou outra, a reforma, sem apresentar alguma maior elaboração, estabeleceu como regra a internação e, de forma facultativa, de acordo meramente com a natureza da pena privativa de liberdade, no caso de crime punível com detenção, pode ser aplicado o tratamento ambulatorial, na forma disposta no 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. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)” (Brasil, 1940).

Verifica-se uma verdadeira incoerência nesse regime legal, com a intersecção de elementos inconciliáveis da periculosidade e da culpabilidade concorrentemente. Sendo pressupostos para a imposição da medida de segurança à pessoa em sofrimento mental a prática de um fato típico, revelador de sua periculosidade, não há espaço para introduzir, como parâmetro a ser levado em consideração para se fixar a espécie da medida de segurança, a proporcionalidade derivada da classificação típica do crime, ou seja, sua gravidade. Esse tipo de concorrência mais aproxima a medida de segurança, mesmo no plano teórico, à natureza de uma sanção penal, senão pena propriamente.

Thayara Branco (2019) aponta esse formato de gradação entre as modalidades da medida a ser imposta, de acordo com a natureza do crime, como uma das hipóteses mais gritantes da desconformidade do atual regime da medida de segurança. Se a periculosidade diz respeito ao agente, ou ao perigo de que incorra em nova prática delituosa, não faz sentido que apenas de acordo com um dado objetivo se aplique a modalidade da internação, mesmo nos casos em que a condição pessoal do agente exigiria, por se revelar suficiente, a medida ambulatorial.

²⁷Espécies de medidas de segurança

Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

II - sujeição a tratamento ambulatorial. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Imposição da medida de segurança para inimputável.

Paulo Queiroz (2012) também critica o fato de a lei priorizar o resultado do crime em prejuízo do distúrbio mental da pessoa, resultando em uma terapia escolhida mais com base no desvalor do resultado que do nível de periculosidade, caracterizando um contrassenso. No entanto, o autor também não deixa de ressaltar – aparentemente mais como uma aspiração de que o dever-ser da nova norma “pegue”, do que como uma descrição da realidade – que o cenário se modificou com o advento da LRP, que privilegia o estado de saúde do (paciente) inimputável em detrimento da infração penal praticada.

A interpretação exclusivamente literal desse art. 97 sempre foi a disseminada no âmbito dos tribunais nacionais, inclusive a adotada pelos órgãos fracionários do Superior Tribunal de Justiça (STJ), até que, recentemente, uma nova compreensão foi empregada. Em 2019, a Terceira Seção do STJ concluiu que, em conformidade com os princípios informadores da razoabilidade, da proporcionalidade e da adequação, ao proferir uma sentença absolutória imprópria com determinação da aplicação da medida de segurança, o juiz pode decidir pela espécie da internação ou do tratamento ambulatorial como a mais apropriada ao caso²⁸.

A despeito dessa orientação jurisprudencial representar algum avanço, o STJ continua a considerar a periculosidade como o critério norteador da escolha judicial entre a internação ou tratamento ambulatorial quando da imposição da medida de segurança. Desse modo, ainda que exista uma outra opção ao HCTP independentemente da natureza de detenção ou reclusão prevista para o tipo penal incorrido pelo inimputável, a efetivação da escolha da modalidade pelo magistrado permanece ancorada na suposição do nível de periculosidade, que se mantém empregado como o fator determinante no contexto.

Diversamente à pena, cujo regime legal comina patamar mínimo e máximo dentro do qual o juiz fixará a pena a ser aplicada e, respectivamente, ter-se-á aí o prazo determinado para o seu cumprimento, para a medida de segurança apenas se previu o prazo mínimo da sua duração, variável de um a três anos, entretanto, sem previsão de um prazo máximo, devendo

²⁸Restou consignada ementa do acórdão proferido do EREsp n. 998.128/MG: “[...] Hipótese em que se verifica posicionamento dissonante entre as Turmas que compõem a Terceira Seção desta Corte quanto ao direito federal aplicável (art. 97 do CP. “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”). 5. A doutrina brasileira majoritariamente tem se manifestado acerca da injustiça da referida norma, por padronizar a aplicação da sanção penal, impondo ao condenado, independentemente de sua periculosidade, medida de segurança de internação em hospital de custódia, em razão de o fato previsto como crime ser punível com reclusão. 6. Para uma melhor exegese do art. 97 do CP, à luz dos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, não deve ser considerada a natureza da pena privativa de liberdade aplicável, mas sim a periculosidade do agente, cabendo ao julgador a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável. 7. Deve prevalecer o entendimento firmado no acórdão embargado, no sentido de que, em se tratando de delito punível com reclusão, é facultado ao magistrado a escolha do tratamento mais adequado ao inimputável, nos termos do art. 97 do Código Penal [...]” (Brasil, 2019).

perdurar até a cessação da periculosidade (art. 97, § 1º), cuja aferição se dá por meio de perícia médica, realizada no prazo mínimo inicialmente fixado e, subsequentemente, a cada ano (art. 97, § 2º)²⁹.

Como se infere da lei, simplesmente inexistente um tempo máximo de sujeição da pessoa portadora do sofrimento mental que foi selecionada pelo sistema penal ao cumprimento da medida de segurança. Essa situação não somente causa insegurança jurídica devido à incerteza sobre quando ou se um dia deixará o ambiente do HCTP, mas também leva à dissolução dos vínculos afetivos e familiares pela situação de asilamento indefinido. Esses fatores, entre outros inerentes à institucionalização, especialmente quando prolongada, podem contribuir para o agravamento do quadro de saúde do internado, redundando em um ciclo retroalimentador do sofrimento psíquico que reforça a constatação médica da necessidade de manutenção do internamento.

A esse respeito, comenta Caetano (2019, p. 47) que

a liberdade é vinculada à cessação da periculosidade, cujo reconhecimento demanda um exame pericial que a declare expressamente, certificando que o indivíduo submetido à medida de segurança não mais oferece riscos à convivência social. Ocorre que na praxe da psiquiatria forense a ideia de periculosidade está intimamente ligada à própria loucura, que normalmente reflete uma condição do sujeito que não se modifica com o passar do tempo (aliás, acaba por se agravar em função do prolongado período de aprisionamento manicomial), de maneira que a periculosidade custa a ser afastada e o louco tende a seguir indefinidamente detido no manicômio judiciário.

Somente em 2009 o Supremo Tribunal Federal (STF), no julgamento do HC 97.621/RS, passou a obter essa indeterminação temporal, ao afirmar que “a medida de segurança deve perdurar enquanto não haja cessado a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de trinta anos” (Brasil, 2009). Na sequência, no ano de 2015, o STJ, ao consolidar seu entendimento instrumentalizado na Súmula nº 527, conferiu que “o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado” (Brasil, 2015). Tais entendimentos jurisprudenciais, ainda que tímidos, negligenciadores de outras dimensões implicadas na política pública como a

²⁹ Art. 97...

§ 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 1 (um) a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

Perícia médica

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução. (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

estabelecida pela LRP, correspondem a alguma fagulha da necessária superação paulatina do tratamento moralizante.

No que diz respeito ao local de cumprimento da medida de segurança, a lei previu que a internação será realizada no HCTP (art. 96, I)³⁰. Essa foi uma inovação que pareceu mais preocupada com a própria designação da instalação, buscando transmitir a ideia de um local adequado para o tratamento de saúde, do que realmente vinculada à realidade e à forma de tratamento previamente oferecido ao público dos MJs. Em relação a isso, Bitencourt (2020, p. 956) aduz que a “nova terminologia adotada pela reforma não alterou em nada as condições dos deficientes nos manicômios judiciários, já que nenhum Estado brasileiro construiu os *novos estabelecimentos*”. Ademais, embora o legislador reformador não tenha abordado expressamente no Código Penal qual o local de cumprimento da medida de segurança na modalidade de tratamento ambulatorial, o fez na LEP, designando também o ambiente do HCTP para essa finalidade (art. 101)³¹.

A par disso, ainda se evidencia verdadeiramente a falta de consideração pela qualidade do tratamento – de saúde – a ser dispensado ao imputável e semi-imputável. A permissão expressa respectivamente no Código Penal e LEP, para que, na ausência do HCTP, sejam institucionalizados “em outro estabelecimento adequado” (art. 96, I) e “em outro local com dependência médica adequada” (101, I), confere uma abertura permissiva para a complacência judiciária com a Administração. Assim, qualquer ambiente disponibilizado, desde que minimamente reconhecível como local onde se ofereça algum atendimento médico, só por isso, pode ser considerado adequado para o recolhimento dos – indesejados – inimputáveis dos quais se ocupa o sistema penal.

Aliás, não foi sutil o contrassenso na designação de “Hospital” ao equipamento que, por direta remissão do art. 99, parágrafo único, ao art. 88, parágrafo único, ambos da LEP, se identifica como baseado no projeto arquitetônico das penitenciárias, ou seja, naquelas construídas para abrigar o regime de cumprimento de pena mais rigoroso existente³². A esse

³⁰Art. 96. As medidas de segurança são: (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado; (Redação dada pela Lei nº 7.209, de 11.7.1984)

³¹Art. 101. O tratamento ambulatorial, previsto no artigo 97, segunda parte, do Código Penal, será realizado no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou em outro local com dependência médica adequada.

³²No Relatório Brasil 2015 de Inspeções aos Manicômios, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em parceria com o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, a partir da realização de inspeções entre os meses de abril a junho de 2015 em HCTPs (ou aos equipamentos congêneres que lhes fazem as vezes na prática), localizados em dezessete estados da federação e mais o Distrito Federal, distribuídos por todas as regiões do país, consignou-se a constatação de que: “Apesar da reforma do Código Penal de 1984 ter mudado o nome dos manicômios judiciários para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, estas instituições continuam a funcionar em ambiente carcerário e em

respeito, Caetano (2019, p. 49) retoricamente comenta sobre a natureza desse dito Hospital, o qual “não tem como principal e primeira preocupação o tratamento de seus pacientes, mas a sua contenção, e em condições tão gravosas quanto as que são estabelecidas para os presidiários comuns submetidos às punições mais severas do ordenamento jurídico-penal brasileiro”.

2.2 HISTÓRICO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO BRASIL

O século XIX bem merece o título de século dos manicômios. Em nenhum outro período histórico houve uma proliferação tão grande de hospitais destinados a pessoas consideradas alienadas. Durante esse século, a abordagem terapêutica da loucura foi fortemente associada à prática da internação, estabelecendo uma conexão indissociável entre tratamento e confinamento. O número de internações de pessoas com distúrbios mentais alcançou proporções sem precedentes, afetando uma parcela significativa da população. Além disso, a diversidade de diagnósticos utilizados para justificar essas internações foi notavelmente expandida, abrangendo uma vasta gama de comportamentos e condições considerados anormais. Dessa maneira, o século XIX se destacou não apenas pela quantidade de instituições psiquiátricas, mas também pela amplitude e complexidade dos critérios diagnósticos empregados na época (Pessotti, 1996).

A presença no Brasil de indivíduos com comportamento considerados anormais – embora a classificação nos termos do saber psiquiátrico como loucura muito mais recente – invariavelmente remonta aos primórdios da história do país. No entanto, foi apenas no século XIX que a questão da loucura passou a ser tratada como um problema social relevante, criando-se com isso a demanda por espaços próprios para o tratamento dessas pessoas. A primeira tentativa de institucionalização desses indivíduos no Brasil ocorreu em 1826, no contexto do processo de modernização liderado por Dom Pedro I. Naquela época, os considerados loucos eram encaminhados para a Santa Casa de Misericórdia na capital imperial, onde conviviam com doentes das mais variadas naturezas, criminosos, portadores de doenças contagiosas, etc (Oliveira, 2013).

nada lembram um estabelecimento voltado para o cuidado em saúde; não obedecem a qualquer tipo de regulamentação sanitária, nem atendem a qualquer regramento criado para normatizar os estabelecimentos psiquiátricos, ou de saúde mental; praticamente não estabelecem nenhuma articulação com a rede de atenção psicossocial, nem desenvolvem atividades que visem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, ou que sejam voltadas para a desinstitucionalização e reinserção social (com exceção do HCTP do Rio de Janeiro), sendo, portanto, completamente avessas à política de saúde mental vigente no país.” (CFP, 2015, p. 128-129)

O MJ não se trata de alguma outra tecnologia senão uma especificação do hospício de alienados nos mesmos moldes formulados por Esquirol na França no início do século XIX. A diferença entre lá e aqui reside na motivação da escolha do modelo deste equipamento. Enquanto “o ‘hospital de loucos’ [francês] foi resultado de um amplo debate político sobre a assistência, iniciado com a Revolução de 1789, em que foram discutidas formas diversas de solução para o problema do louco” (Machado *et al.*, 1978, p. 428-429), no Brasil tratou-se de uma solução pacificadora para os problemas diagnosticados em diversos estabelecimentos administrados pela Santa Casa de Misericórdia na capital do Império, dentre eles o Hospital, ensejando urgente enfrentamento com a criação de ambiente específico para os alienados mentais (Machado *et al.*, 1978).

A classe médica da época criticava duramente a prática de aglutinar em um mesmo espaço pessoas em situação de vulnerabilidade originadas das mais diversificadas causas. Após empreendimento de esforços articulados com outras esferas de controle, os médicos conseguiram convencer o imperador sobre a importância de construir um hospício dedicado exclusivamente aos alienados, onde poderiam receber um tratamento que consideravam apropriado. Como desdobramento exitoso dessa reivindicação, foi instituído o primeiro manicômio para alienados no país.

Como que em um segundo estágio da instituição do ambiente manicomial, a par do desenvolvimento da clínica orientada sob matricial lombrosiana da periculosidade conjugada a noção de defesa social, não muito tempo depois implicou o surgimento do MJ voltado especificamente para o tratamento do louco infrator, e, como vimos anteriormente, até mesmo ao – só – criminoso perigoso até 1984, na esteira do Código Penal de 1940 anterior à Reforma.

2.2.1 Hospício de Pedro Segundo

Os alienados que viviam em São Sebastião do Rio de Janeiro até a segunda parte do século XIX não dispunham de alguma assistência médica específica. Permaneciam errantes pelas ruas e, ao sinal de incômodo, se não fossem relegados à prisão por vagabundagem ou perturbação, acabavam confinados nas dependências da Santa Casa. Alguns médicos formaram a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em sua maioria higienistas que postulavam, entre outras providências, pela criação de um manicômio. Entre 1830 e 1840, atuaram engajadamente no sentido de convencer a opinião pública, publicando artigos em periódicos especializados da época. Dentre eles, destacaram-se José Martins da Cruz Jobim, Joaquim Cândido Soares de Meirelles, Luiz Vicente De-Simoni, Jean-Maurice Faivre e Francisco Xavier Sigaud. Segundo

Jurandir Costa, embora sem formação psiquiátrica, esses médicos são considerados os fundadores da psiquiatria brasileira (Costa, 2006).

Não há (re)produção psiquiátrica senão com o manicômio. Reside aí, então, alguma compreensão para o efusivo brado de De-Simoni pela criação do hospital especializado. Em publicação original de 1839, ele relata inicialmente as crueldades praticadas contra os loucos internados nos porões da Santa Casa, com disponibilidade de um “tronco” em cada pavilhão para controle e castigo dos homens e mulheres desafortunados da razão, estado do qual qualquer pessoa estaria sujeita de acometimento, recordando da esposa de um notável diplomata lá internada. O relato das condições ambientais desumanas, implicadoras de desespero quando nos intervalos de lucidez, impediriam a recuperação do paciente mesmo no caso das enfermidades curáveis. Entretanto, o prefaciado não combina ao encaminhamento seguinte. Defendeu, não a extinção do aprisionamento e suas formas de tratamento por asilamento, mas que fosse edificado um novo aparelho, exclusivo para a loucura, longe do centro urbano e seus olhares, sobretudo, com direção exclusivamente alienista, não ficando a gestão da loucura subordinada à mesma classe dirigente dos doentes comuns a fim de se evitar confrontações (De-Simoni, 2004).

José Clemente Pereira, político influente e experiente em diversos cargos públicos, foi nomeado provedor da Santa Casa em 1838, permanecendo na função até 1854. A sociedade médica viu em sua nomeação uma oportunidade para concretizar a antiga reivindicação classista: a instalação de um hospital destinado exclusivamente ao tratamento de alienados, recebendo seu apoio. Logo no início de sua gestão, Pereira elaborou um relatório criticando os serviços prestados, destacando a sobreposição de atribuições na mesma unidade³³ para mortos, moribundos contagiosos e insanos, o que impedia a realização adequada da função terapêutica. Assim, propôs ao governo central algumas mudanças, incluindo a criação de um asilo para alienados (Machado *et al.*, 1978).

Um ano após a confecção do relatório, em 15 de julho de 1841, o provedor Pereira remeteu ofício³⁴ ao Imperador, retomando a ideia da criação do hospital de alienados, sugerindo

³³Não passa despercebida as funções desempenhadas pela Santa Casa de Misericórdia de forma assemelhada àquela descrita por Foucault (1978) sobre os hospitais gerais na França na época do “grande internamento”. Porém, a versão brasileira, como destacado por Patricia Magno Oliveira (2021, p. 92), “mais dirigido à retirada das pessoas do espaço público que ao seu tratamento”.

³⁴Trecho do ofício de José Clemente Pereira ao Ministro Império: "O zelo de melhorar a sorte dos infelizes que tendo a desgraça de perderem o juízo, não encontrarão nesta Capital hospital próprio, onde possam obter tratamento adequado á sua moléstia, por serem insuficientes as enfermarias, onde são recebidos no hospital da Santa Casa, me faz lembrar a necessidade de dar-se principio a um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados; e debaixo destas vistas dei principio a uma subscrição aplicada ao dito fim, que monta já á quantia de 2:500\$; e espero que hoje mesmo esteja elevada a mais, segundo informações de pessoas encarregadas de a promoverem em diversos lugares desta província. Felizmente os meus votos são hoje

fosse nomeado em homenagem ao Imperador (Lopes, 1933). A iniciativa rapidamente rendeu os frutos esperados, resultando na edição do Decreto Imperial nº 82, de 18 de julho de 1841, “fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo”, mas ainda como um equipamento integrante da estrutura administrativa e sob gestão religiosa da Santa Casa de Misericórdia da Corte (Brasil, 1841).

De fato, a inauguração do hospício somente ocorreu em 1852, após onze anos de obras, quando também se editou o Decreto Imperial nº 1.077, de 4 de dezembro de 1852. Reafirmando-se a manutenção da direção a cargo da Santa Casa, a admissão ao internamento ocorria por despacho do provedor, baseada em um sistema misto entre gratuidade para os indigentes a requerimento das autoridades públicas, e por pensionamento para quem pudesse pagar. Para os pagantes inclusive havia uma escala de tarifas classificada em três classes correspondente aos níveis de acomodação e alimentação contratados. Não havia alta sem a certificação médica da cura, salvo no caso dos pensionistas, que poderiam livre transitar desde que quitados os débitos vencidos (Brasil, 1852).

Inicialmente, houve uma transferência do pseudo-tratamento realizado na Santa Casa para um tratamento científico em um luxuoso “Palácio de Guardar Doidos”, com estruturas físicas mais adequadas. O Hospício Pedro II foi um grande projeto baseado na medicina francesa, especialmente nas ideias de Pinel e Esquirol sobre o espaço ideal para tratar os doentes

auxiliados por outra subscrição que a comissão da praça do comercio desta corte acabada pôr a disposição de S.M. o Imperador para ser aplicada a fundação de um estabelecimento de caridade, que for mais de seu imperial agrado.

E como nenhum outro possa ser mais importante; e S.M o Imperador se dignasse de declarar-me que deseja ardentemente proteger esta instituição, oppresso-me em por a disposição do mesmo Senhor a sobredita quantia, que existe já arrecadada, com a qual, junta a da subscrição promovida pela comissão da praça do comercio, se póde dar principio a obra, na certeza de que a piedade dos fieis lhe dará andamento com generosas esmolas.

E como seja indispensável lugar salubre e apropriado, com terreno suficiente para as comodidades e larguezas, que estabelecimentos de semelhante natureza exigem, poderá o referido estabelecimento fundar-se na chácara que a Santa Casa de Misericórdia possui na praia Vermelha, denominada do Vigário Geral, e onde existe já uma enfermaria de alienados que tem obtido melhoramentos, e alguns até um total restabelecimento; e há a possibilidade de comprar-se uma casa para enfermarias de homens, que se vende por 6:000\$. E porque em tais fundações a construção do edificio é pouco em comparação da despesa ordinária para sustento dos estabelecimentos, a Santa Casa de Misericórdia não terá dúvida em tomar esta a seu cargo, uma vez que se lhe confie a administração, como será de razão, e até conveniente, pois fornecerá o terreno e a subsistencia futura do novo hospital; acresce que gosa do merecido conceito de administrar bem seus estabelecimentos, que todos prosperão por uma maneira espantosa. Digne-se V. Ex. de levar todo o referido á soberana presença de S.M. o Imperador para que haja bem ordenar o que for mais do seu imperial agrado; e fará um ato que eternizará o fausto dia da sagração e coroação do mesmo augusto Senhor, a fundação de um hospital de alienados, que poderia bem tomar o nome de Hospício D. Pedro II. D. G. a V. Ex. Santa Casa de Misericórdia 15 de julho de 1841. Illmo. Exm. Sr. Candido José de Araújo Vianna, ministro e secretario de estado dos negócios do império, José Clemente Pereira."

mentais. O isolamento seria crucial, permitindo a separação do doente de seu ambiente natural, considerado responsável pela moléstia, destinando-o para um espaço isolado onde a terapia poderia atuar. Assim, a instituição asilar no Brasil foi construída para manter esse modelo de isolamento como medida terapêutica, com uma equipe médica responsável pela vigilância constante. O isolamento proporcionava não só a contenção social da loucura, mas também os mecanismos para curá-la. Por isso, a defesa do tratamento em espaço asilar era promovida pela medicina como a melhor alternativa para a saúde mental, ainda que não fosse compulsória, objetivando preservar a liberdade de tratamento aos mais ricos (Alves, 2010).

Com a edição da Lei nº 3.141, de 30 de outubro de 1882, que estabeleceu a criação da cadeira de moléstias mentais nas Faculdades de Medicina do Império, João Carlos Teixeira Brandão, foi aprovado em concurso para a vaga de professor. Em 1883, ele assumiu a cátedra de clínica psiquiátrica e moléstias nervosas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), sendo pioneiro no ensino regular dessa matéria e especialidade no país. Em 1884, iniciou seu trabalho como alienista no Hospício Pedro II, sendo nomeado diretor em 1887. Essa integração entre teoria e prática psiquiátrica na academia e na instituição representou uma inovação introduzida por Teixeira Brandão (Alves, 2010).

Teixeira Brandão, inspirado pela legislação francesa, lutava por uma legislação específica para alienados, que legitimasse aos psiquiatras o papel central no processo de internamento dos doentes. Nesse particular, criticava a administração religiosa, que priorizaria interesses clientelísticos sobre critérios médico-científicos. A mudança na hierarquia do Hospício só foi possível após Brandão assumir a direção sanitária em 1887. Com o apoio do anticlericalismo dos primeiros governos republicanos, Brandão conseguiu a retirada das irmãs do Hospício em 1890. Nesse ano, ocorreu a separação oficial entre o Hospício e a Santa Casa de Misericórdia, criando-se a Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal, passando a instituição a se chamar Hospício Nacional de Alienados (Carrara, 1998).

2.2.2 Do assistencialismo à medicalização: a transformação do Hospício no Hospital Nacional de Alienados e o Pavilhão de Observação

Com a chegada do regime republicano e o afastamento do catolicismo como religião oficial do Estado, houve uma redefinição do papel dos religiosos nos serviços públicos, marcando um amplo processo de laicização. O Hospício de Pedro II tornou-se um cenário para o conflito entre o poder religioso e secular, e Teixeira Brandão um dos que lideravam críticas à instituição. Brandão destacou-se na defesa da medicalização e do controle estatal mais efetivo

dos serviços de assistência a alienados, em prol da psiquiatrização da questão, correspondente à conquista do mandato social exclusivo dos médicos sobre os alienados (Carrara, 1998).

Em 11 de janeiro de 1890, pelo Decreto nº 142-A, o Hospício de Pedro II foi desvinculado da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro e passou verdadeiramente a um estabelecimento público, administrado pelo Estado, adotando o nome de Hospital Nacional de Alienados (HNA). O decreto justificava a mudança pela necessidade de melhorar a assistência médica e legal aos alienados, incluindo a implementação de um serviço agrícola. Além disso, o Hospício de Pedro II possuía recursos próprios suficientes para cobrir suas despesas, eliminando assim a necessidade de sua vinculação à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Brasil, 1890).

O Decreto nº 206-A, datado de 15 de fevereiro de 1890, oficializou a criação da Assistência Médico Legal de Alienados³⁵, sob a assinatura do ministro do Interior, José Cesário de Faria Alvim. Esta entidade tinha a responsabilidade de amparar os doentes alienados, tanto brasileiros quanto estrangeiros, que necessitassem de assistência pública, incluindo aqueles admitidos em seus hospícios. O HNA servia como o principal estabelecimento da Assistência, recebendo os doentes admitidos nos asilos. As colônias Conde de Mesquita e São Bento, destinadas aos alienados indigentes capazes de realizar trabalhos agrícolas e industriais, estavam vinculadas ao HNA (Brasil, 1890). O Decreto nº 508, de 21 de junho, ratificou o novo regulamento da Assistência (Brasil, 1890), com a nomeação do médico João Carlos Teixeira Brandão como diretor-geral, posição que ele já ocupava no HNA.

Envolvido pela singular experiência pessoal do internamento no HNA no início da República e a decorrente visão “privilegiada” sobre a questão, o escritor Lima Barreto (1881-1922) compreendeu instintivamente a exteriorização do processo construtivo da periculosidade no determinismo e na loucura, bem como a estigmatização gerada, consubstanciada na forma cotidiana da atuação policial que (re)produz(ia) o público direcionável à segregação asilar.

A polícia, não sei como e por que, adquiriu a mania das generalizações, e as mais infantis. Suspeita de todo o sujeito estrangeiro com nome arrevesado, assim os russos, polacos, românicos são para ela forçosamente cáftens; todo o cidadão de cor há de ser por força um malandro; e todos os loucos hão de ser por força furiosos e só transportáveis em carros blindados (Lima Barreto, 1993, p. 121).

³⁵Relativamente ao contexto nacional, Patricia Magno Oliveira (2021, p. 93) repercute a ideia de que a criação legal da “assistência médica e legal de alienados” condiz à própria “*certidão de casamento entre direito e psiquiatria*”.

Desse modo, era comum a cultura policial do encaminhamento das pessoas detidas na rua sob suspeição de alienação mental, demandando a criação de uma seção para a observação preliminar (Oliveira, 2013)³⁶. Teixeira Brandão criticava as autoridades policiais por enviarem indivíduos suspeitos de alienação mental ao Asilo de Mendicidade, onde permaneciam oito dias antes de serem transferidos ao Hospício Nacional de Alienados, muitas vezes sem documentos ou informações sobre seu estado mental (Oliveira, 2013). Em face dessa ânsia policial higienista-asilar, uma disposição da Lei nº 429, de 10 de dezembro de 1896, viria prescrever que “as pensões dos alienados indigentes serão pagas pelos Estados de onde provierem, equiparado a estes o Districto Federal” (Brasil, 1896), no entanto, sem o alcance do efeito dissuasivo esperado.

Brandão argumentava pela construção de um edifício no terreno do HNA para a admissão e observação cuidadosa dos enfermos ou suspeitos antes da matrícula definitiva. Esse pavilhão seria necessário para evitar que os indivíduos ficassem misturados com outros loucos ou mendigos, facilitando uma melhor observação. Caso confirmada a doença, o paciente seria transferido ao HNA ou às Colônias de Alienados na Ilha do Governador. Se a doença não fosse confirmada, a pessoa seria devolvida à sociedade sem o estigma de ter sido internada indevidamente. Além disso, o pavilhão ajudaria a prevenir o contágio de doenças infecciosas entre os já admitidos, especialmente os pensionistas, funcionando como uma triagem inicial para os suspeitos de alienação mental (Oliveira, 2013).

Com o Decreto nº 896, de 29 de junho de 1892, que consolidou os serviços da Assistência Médico-Legal de Alienados, a referida seção foi transformada no Pavilhão de Observação (PO) “destinado aos doentes em observação, pelo qual transitarão todos os doentes gratuitos que tenham de ser admitidos” no HNA (Brasil, 1892). Entretanto, como observou Oliveira (2013), além dos interesses declarados por Brandão para obter essa conquista, o contexto também envolvia a busca por um proveito latente e de maior envergadura. Corresponhia à criação de um espaço em que os pacientes pudessem ser minudentemente examinados, ou como aduzido por Muñoz (2010, p. 36), atrelado ao “movimento de especialização de funções e modernização das divisões e estruturas do hospício”, visando

³⁶Em trabalho desenvolvido por Munõz, Facchinetti e Dias (2011), ao analisarem a seção “Notícias Policiais” do periódico da polícia do Rio de Janeiro intitulado *Boletim Policial*, no período de 1907-1920), constataram “que, por um trimestre, o número de indivíduos enviados pela polícia ao Pavilhão de Observações no Hospício Nacional de Alienados variava de 180 a 300 indivíduos. Por mês, o número variava de 65 a 108 indivíduos. Na maioria das vezes, a polícia era chamada para conduzir os “loucos”.

ampliar o campo do saber e a interação psiquiátrica. Enfim, a pretensão médica foi concretizada com a implantação da clínica psiquiátrica da FMRJ no PO do HNA³⁷.

2.2.3 O surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil

Algumas inquietações entre direito e psiquiatria passaram a se apresentar em torno da disputa pelo poder de gestão dos corpos insanos. A classe médica se insurgia em face a alguns casos em que juízes concediam as ordens de *Habeas Corpus* para livrar algum paciente do asilamento. Exemplificativamente, como nos casos de pacientes em estados atípicos de degenerescência, nos quais a psiquiatria militava pela intervenção precoce e preventiva objetivando precaver de ações delituosas. Porém, se queixavam os médicos da dificuldade em se impor a internação, pois nestes sujeitos a lucidez permanecia intacta e, ao sentirem-se violados em direitos, protestavam na via judicial³⁸. Para os médicos, ao considerar presente alguma ilegalidade para a emissão de uma ordem de desinternação, o Judiciário afrontava e enfraquecia o poder psiquiátrico (Muñoz, 2010).

Médicos e juristas, não se pode esquecer, não formam grupos homogêneos e coesos, e seus territórios de poder não são fixos. A dinâmica do poder é heterogênea e envolve várias faces, conforme descrito por Carrara (1998), como diversas bolhas de poder. As relações de força entre médicos, magistrados, políticos e outros saberes são complexas. Fry e Carrara (1986) destacam que, ao focar no conflito entre o direito clássico e o positivista, podemos identificar fissuras nas relações internas dos legisladores, juristas e políticos. Por isso, muitas divergências e continuidades se estabelecem nos inter-relacionamentos, e a prevalência de certas ideias positivistas em algumas áreas não pode ser vista como um processo histórico linear, mas sim como coexistências e reatualizações de disputas.

A classe médica, mesmo inconformada com a limitação judicial, não procedia a enfrentamentos inflamados contra o judiciário. Receando maiores restrições, agia sob forma

³⁷Muñoz (2010, p. 32) elucida que a “FMRJ, o HNA e o PO foram três instituições que protagonizaram uma complexa articulação. Essa configuração, a partir da qual o Pavilhão de Observações foi colocado no meio de duas instituições, ocupando quase como um território fronteiro, não completamente autônomo e nem tampouco totalmente subordinado a esses outros dois astros em que o PO orbitava, criou-nos muitas dúvidas. Essa complicada articulação não pode ser entendida como natural, não estava dada de antemão. Pelo contrário, ela se constituiu como uma solução de compromisso entre as partes (...)”.

³⁸Certamente, eram pouquíssimos os sujeitos, como uma diminuta amostra em um universo amplo, que teriam condições, mesmo organizatórias, de acessar a via judicial à época. A imensa maioria dos asilados era desprovida de toda sorte de recursos, verdadeiramente vulnerabilizada, o que impossibilitaria a superação de tal obstáculo com alguma expressividade. Mesmo assim, para a psiquiatria, por menor que fosse, esse número poderia se configurar suficiente para questionamento externo e enfraquecimento da especialidade, contrariando o interesse da classe.

sutil, porém não menos incisiva. Teixeira Brandão, importante voz dessa representação foi eleito deputado federal em 1903 (Araujo Junior; Moreira; Rocha, 2009) e, nessa condição, atuou decisivamente para a aprovação do Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. De acordo com essa legislação, cada Estado passava a ter a obrigação de reunir recursos para construir MJs. Além disso, enquanto esses estabelecimentos não fossem construídos, deveriam ser criados anexos especiais nos asilos públicos para abrigar esse tipo de paciente. Diante desse quadro, o ano de 1903 representa o momento em que a construção de MJs passou a ser uma política pública oficial (Carrara, 1998).

Em meio aos acordos e desacordos entre direito e psiquiatria relativamente ao poder decisório sobre o internamento dos insanos, o germen do MJ imposto pela lei de 1903 se traduziu em um novo (re)arranjo de domínio entre essas instâncias (Muñoz, 2010). A lei estabeleceu que “enquanto não possuírem os Estados manicômios criminaes, os alienados delinquentes e os condemnados alienados sómente poderão permanecer em asylos publicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem” (Brasil, 1903). Em razão disso, no HNA, foi instituída a Seção Lombroso, especialmente destinada aos loucos criminosos, o genuíno embrião do que viria a ser, de fato, o MJ. Apenas em 1920 foi oficialmente criada a nova instituição com o Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921³⁹, e inaugurada no mesmo ano. Assim, o MJ do Rio de Janeiro foi inaugurado, constituindo a primeira instituição desse tipo no Brasil e na América Latina, restando sua direção a cargo do psiquiatra Heitor Pereira Carrilho, que já liderava a Seção Lombroso há alguns anos (Carrara, 1998).

Em 1903, ano em que Teixeira Brandão tomou posse no mandato federal, Juliano Moreira assumiu a direção da Assistência a Alienados do Distrito Federal, acumulando essa função com a de diretor do Hospício Nacional de Alienados, cargos que ocupou pelos 28 anos seguintes. Esse período ficou conhecido como a Era Juliano Moreira da assistência a alienados no Rio de Janeiro. Entre as responsabilidades do diretor do HNA estava a de "designar as divisões em que devam servir os médicos", conforme o artigo 6º do Decreto nº 206-A de 1890. Com base nisso, em 1919, ele nomeou Heitor Carrilho, também discípulo de Nina Rodrigues, como responsável pelas Seção Lombroso. Esses dois médicos psiquiatras foram fundamentais

³⁹Art. 1º O Manicomio Judiciario é uma dependencia da Assistencia a Alienados no Districto Federal, destinada á internação:

I. Dos condemnados que, achando-se recolhidos ás prisões federaes, apresentarem symptomas de loucura.

II. Dos accusados que pela mesma razão devam ser submettidos a observação especial ou a tratamento.

III. Dos delinquentes isentos de responsabilidade por motivo de affecção mental (Codigo Penal, art. 29) quando, a critério do juiz, assim o exija a segurança publica.

para a defesa e sucesso dos argumentos favoráveis à construção do novo edifício destinado aos loucos que cometiam delitos, o MJ (Oliveira, 2021).

A medicina praticada por Carrilho baseava-se nos "trabalhos de Lombroso, na segunda metade do século XX, na sua fusão com o degeneracionismo da psiquiatria francesa e com a psiquiatria e a criminologia alemã" (Dias, 2011, p. 85). De acordo com essa perspectiva, toda criminalidade teria uma "base orgânica degenerativa" ou, "em outras palavras, decorreria da anormalidade 'morpho-physio-psychica' de determinados indivíduos" (Dias, 2011, p. 86). Com essa visão, a psiquiatria de Carrilho assumia uma postura discriminatória, mas prometia a "defesa social". Assim, conforme ressaltado por Allister Dias (2011, p. 92) "intimamente imbricado com a aceção de periculosidade está o conceito de 'defesa social', formando um par conceitual inseparável. A 'defesa social' é o fundamento filosófico, a espinha dorsal" do discurso de Carrilho.

Nessa linha, Sérgio Carrara (1998, p. 194), ao descrever o cerimonial de inauguração do MJ, aduz que os pronunciamentos compartilhados pelos médicos, policiais, juristas e administradores presentes "anunciavam muito mais que o surgimento de mais uma outra instituição pública", mas, precipuamente, "a emergência de uma forma inteiramente nova de intervenção social, mais flexível, mais globalizante, mais autoritária". Relativamente a esse episódio e o significado que viria implicar na justiça criminal, Carrara (1998, p. 194) arremata: "Coroava-se então um processo muito mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos tribunais, como bem apontou Foucault, passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais atos criminosos, mas a própria alma do criminoso".

O MJ se caracterizou, dessa maneira, como o ambiente singular do interacionismo dicotômico entre razão e desrazão sob arranjo da gestão entrosada entre direito e psiquiatria. Portanto, "essa instituição apresenta, desde a sua origem, uma estrutura ambígua e contraditória. Enquanto instituição predominantemente custodial, revela, com grades e intervenções psiquiátricas, a dupla exclusão que sofrem as pessoas com transtorno mental autoras de delito" (Correia; Lima; Alves, 2007, p. 1997). Na órbita da ideia de periculosidade, nenhum espaço foi instituído no MJ, mesmo depois de ser renomeado para o signo de HCTP, para prestar o tratamento de saúde adequado à pessoa em sofrimento mental. O dito tratamento se reduz à mera contenção pessoal e exclusão social, como características próprios do *status* de não-cidadão.

À luz do cenário exposto, faz-se importante também dialogar com o questionamento levantado por Amartya Sen em tom provocativo à reflexão, sobre a legitimidade das institucionalidades.

Há, evidentemente, uma atração considerável para pressupor que as instituições sejam invioláveis, ao se imaginar que elas sejam racionalmente escolhidas por algum acordo justo hipotético, independentemente do que elas de fato realizam. O ponto geral em causa aqui é saber se podemos deixar o problema para a escolha das instituições (que são obviamente escolhidas com um olho nos resultados na medida em que estes entram nas negociações e nos acordos), mas sem questionar o status dos acordos e das instituições uma vez escolhidos os arranjos, não importando quais consequências reais venham a se revelar (Sen, 2011, p. 114).

Sob essa perspectiva, não se pode deixar de avaliar criticamente o MJ apenas porque ele foi estabelecido com base em uma justificativa formal de proteção ou tratamento. A realidade vivida pelos cidadãos internados nesses ambientes, marcada por violações de direitos humanos e degradação das condições de vida, demonstra a necessidade de revisar e repensar as instituições quando seus resultados não promovem a justiça que pretensa e inicialmente se pretendeu instituir. Sen (2011, p. 117) enfatiza que questionar “como as coisas estão indo e se elas podem ser melhoradas é um elemento constante e imprescindível da busca de justiça”, o que, em uma comparação com o campo das políticas públicas, pode ser traduzido como a fase da sua avaliação.

Portanto, uma análise do MJ à luz desse pensamento de Sen contribui para revelar a importância de se questionar e avaliar se a instituição promove o bem-estar dos pacientes ou perpetua injustiças disfarçadas por uma estrutura que, em tese, teria sido criada para ser justa.

2.3 INFERÊNCIAS E CONSIDERAÇÕES SOBRE O AMBIENTE MANICOMIAL JUDICIÁRIO CONTEMPORÂNEO

O ambiente manicomial judiciário é, por si só, um fator de grande impacto negativo na vida e personalidade do indivíduo nele segregado. Mesmo que essa instituição fosse idealizada com o intuito exclusivo de tratar a saúde do paciente mental em conflito com a lei – o que, de fato, não é –, sua própria estrutura e constituição asilar causam efeitos deletérios à personalidade dos internados, conforme veremos nas categorizações de Goffman. Além dessas condições inerentes e inafastáveis ao asilo, muitas outras misérias e desumanidades resultam da soma das condições ambientais e da forma de prestação dos serviços nos hospícios e MJs espalhados pelo país. Essa preocupante realidade nacional deveria suscitar sentimentos de repúdio e urgência para a implementação das políticas nacionais e internacionais mais atualizadas sobre a questão, promovendo um tratamento humanizado e verdadeiramente focado na dimensão da saúde.

É bem verdade que a política antimanicomial da LRP trouxe profundos avanços na desativação dos hospícios⁴⁰, que historicamente se proliferaram pelo Brasil, alguns considerados verdadeiros “campos de concentração”, promovendo assim a desinstitucionalização de milhares de invisibilizados. Entretanto, no que diz respeito aos MJs, constata-se que, mesmo passados mais de 20 anos desde a LRP, eles permanecem instituídos e em (mal) funcionamento na maioria dos estados da federação. Vários estados, com raras exceções⁴¹, ainda insistem em manter sob suas Administrações, geralmente sob a gestão das Secretarias Penitenciárias e não das Secretarias de Saúde, o funcionamento dessas estruturas, caracterizadas por Carrara (2010, p. 17-18) como “instituição híbrida e contraditória, de difícil definição”. É como se o louco infrator, a despeito da CRFB/88 pulsar em sentido contrário, não gozasse do direito à mesma amplitude de dignidade como o de uma pessoa com sofrimento mental não infratora, ou ainda, como a de qualquer outro cidadão.

Erving Goffman (1922-1982), sociólogo canadense interessado no estudo das microinterações cotidianas, inseriu-se entre 1954 e 1957 no dia-a-dia do Hospital Santa Elizabeth, em Washington, destinado ao tratamento de pacientes acometidos de enfermidades mentais, com o intuito de compreender a influência do ecossistema do ambiente manicomial no comportamento das pessoas envolvidas naquele espaço. O autor, vale destacar, não se propôs a estudar a instituição hospitalar em si, mas a forma das inter-relações estabelecidas entre os pacientes, bem como entre os pacientes e a equipe técnica e os dirigentes, e as repercussões daí advindas. Semelhante ao “controle” como analisado por Foucault, constatando-o plasmado de forma ramificada e difusa por todas as instâncias da vida social, é na prisão e, sobretudo, no manicômio que ele é exercido em grau extremo.

Todos nós estamos inseridos na vida organizada em sociedade. Por tal razão, invariavelmente, transitamos por diversas instituições sociais, como as dedicadas ao trabalho, ao lazer e ao culto religioso, estando sujeitos em qualquer delas ao controle por meio de determinadas regras formais e informais. Nessas instituições, podemos receber premiações ou sanções em caso de cumprimento ou violação dessas regras, mas preservamos a faculdade de deixarmos de participar de algumas delas ou substituí-las por outras. Entretanto, existem

⁴⁰Não se desconhece o fato do surgimento das “comunidades terapêuticas” como nova categoria de equipamento institucionalizador acrescida da dimensão moral e religiosa que as envolvem e, portanto, um novo desafio implicado na decisão política da desativação dos hospícios, entretanto, por não constituir o foco do trabalho, não nos aprofundaremos nessa questão.

⁴¹Pioneiros na disponibilização de alternativa à exclusão social da pessoa com deficiência mental selecionada pelo sistema de justiça mediante a contenção manicomial, Minas Gerais e Goiás, respectivamente, com o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), comprovam a possibilidade de alteração de resposta estatal ao sujeito com a inversão da lógica manicomial à da sociabilidade (Juncal, 2021).

instituições específicas onde o nível de controle é exasperado e deixar de integrá-las não se constitui uma opção para o indivíduo. Nessa perspectiva, Goffman (1974, p. 11) concebeu a ideia de “instituição total”, definindo-a como "um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos em situações semelhantes, separados da sociedade mais ampla por um considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

Marcelo Ferreira, acerca das instituições totais, lembra que elas

organizam, a partir do binarismo entre equipe dirigente e grupo controlado, a totalidade da experiência cotidiana de um interno, viabilizando que o *continuum* das vivências se dê em um mesmo espaço-tempo: os internos dormem, fazem suas refeições, vêem televisão, tomam medicamentos e “matam” o tempo no mesmo espaço, não havendo rupturas, como é comum em nossa experiência cotidiana, remetida à descontinuidade dos lugares em que fazemos nossas refeições, nos sentamos para conversar com alguém, consumimos cigarros e bebidas e, mesmo, dormimos. Nas instituições totais, é-se impregnado por uma atmosfera em que não há possibilidade de intimidade ou de fruição, é-se impedido de deliberar sobre aspectos miúdos da existência, como a decisão de ir ao banheiro, deitar-se, ler um livro, fazer um telefonema ou fumar. Deste modo, as instituições totais são lugares fechados, de que se é impedido de sair, apenas sob o aval de especialistas que acompanham o processo de internamento dos indivíduos (Ferreira, 2012, p. 75-76).

Goffman (1974) assevera que, por sua própria natureza, a prisão e, sobretudo, o manicômio, são os exemplares dessa categoria “instituição total”, dotadas respectivamente da maior aptidão para produção da incapacidade individual⁴². E isso porque, a principal característica dessas instituições é impor a máxima separação possível do indivíduo de convívio com o corpo social, constituindo um verdadeiro fechamento para o mundo exterior e criando um microcosmo de sobrevivência restrito ao ambiente e inter-relacionamentos internos. Por isso, contatos com ambientes ou pessoas do exterior são a exceção, limitados aos imprescindíveis, dependentes de autorização, e sob forma e tempo rigorosamente regulados.

Além disso, todas as atividades cotidianas realizadas pelos internos ficam sujeitas a observação síncrona e ininterrupta. As normas oficiais e não oficiais que regem a vida institucionalizada impõem uma rígida concertação dos rituais diários que levam à perda das habilidades sociais e da autonomia do interno, até mesmo à sua despersonalização, na medida em que seu comportamento passa a se adequar minuciosamente ao exigido pelo ambiente asilar. Essa forma de controle contínuo atravessa o “ser”, moldando seu comportamento e suprimindo

⁴²Há de se destacar que o MJ se constitui em aparelho único, resultado exatamente da junção das características particulares de cada uma das duas espécies asilares mais “totalizantes”, ou seja, da fundição do ambiente prisional com o manicomial.

a vontade individual, resultando desse processo, como denominado por Goffman, a “mortificação do eu”⁴³ (Goffman, 1974).

A respeito dessa questão, explicam Paladino e Amarante que

Nas instituições totais é comum, já na admissão, o interno iniciar o processo de *mortificação do eu* ao ser obrigado a trocar suas roupas por um uniforme da instituição, ao ganhar um número de identificação, ao perder o direito de possuir objetos pessoais e de ter um espaço próprio, ao perder o direito de comer a hora e o que quiser, ao perder o direito de tomar banho a hora que quiser, ao perder o direito de dormir quando quiser, ao perder o direito de transitar por onde quiser e quando quiser, enfim, um *eu mortificado* (Paladino; Amarante, 2022, p. 9).

Foucault expõe que as disciplinas na biopolítica decorrem de procedimentos de governabilidade implicados no exercício do poder referente às normas de comportamento (Foucault, 2010, p. 6). Não obstante a capilarização do poder por todas as dimensões da sociedade, a oportunidade de diferimento entre a norma e sua aplicação é criada durante o exercício do poder, principalmente quando implicada a permissividade pela posição de superioridade. Não é raro, então, que na situação de sujeição especial em que se encontra o internado em relação ao Estado, o poder deste, mediado por seus agentes agindo em seu nome, culmine em repercussões negativas ao internado, em quantidade, intensidade ou discrepância além das limitações formais ínsitas e regulamentadas, exasperando o sofrimento do paciente, redundando em humilhações e até violações de direitos fundamentais, comprometedoras das dimensões físicas e psíquicas da personalidade do cidadão.

Cita Goffman (1974, p. 30) que nas instituições asilares, não incomumente, os internos são obrigados a agir, por padrão, com deferência exacerbada em relação à equipe diretora, caracterizando ritual de humilhação, ou seja, “às indignidades de fala e ação exigidas do internado, correspondem as indignidades de tratamento que outros lhe dão”. Essas indignidades decorrem, por exemplo, desde o ritual imposto para todas as interações com a equipe diretora precedidas do tratamento de senhor (sim senhor; não senhor; obrigado senhor); como também a necessidade de repetidamente ter de se humilhar para angariar coisas básicas, como um copo de água; ou ainda, seguir a imposição de um comportamento corporal obrigatório, como em dadas oportunidades, ter de se curvar para os funcionários. Aduz o autor (1974, p. 31), “qualquer

⁴³“Nas instituições totais há outra forma de mortificação; a partir da admissão, ocorre uma espécie de exposição contaminadora. No mundo externo, o indivíduo pode manter objetos que se ligam aos seus sentimentos do eu – por exemplo, seu corpo, suas ações imediatas, seus pensamentos e alguns de seus bens – fora de contato com coisas estranhas e contaminadoras. No entanto, nas instituições totais esses territórios do eu são violados” (Goffman, 1974, p. 31).

que seja a forma ou a fonte dessas diferentes indignidades, o indivíduo precisa participar de atividade cujas conseqüências simbólicas são incompatíveis com sua concepção do eu”.

Se pensarmos na instituição HCTP do nosso país, podemos vislumbrar que, talvez, represente o ápice de uma instituição total, como referida por Goffman, embora não tenha se ocupado especificamente dessa espécie de instituição. Apesar do nome de Hospital que lhe foi conferido em 1984 com a LEP, o conceito presente na instituição é asilar em dupla dimensão. O extremado controle da liberdade ambulatorial para evitar fuga ou invasão não difere do de uma penitenciária, sendo em ambos os casos realizados por agentes de segurança. Por outro lado, a contenção química é inserida como a principal, senão a única, forma de tratamento para o paciente com transtorno mental selecionado pelo sistema penal para cumprir uma medida de segurança.

Há casos, como no estado do Amazonas, inclusive, que além do “hibridismo natural”, o aparelho congênere do HCTP, denominado EP, está literalmente instalado no interior do prédio de uma penitenciária.

Figura 1: Vista aérea do CDPM I com a Enfermaria Psiquiátrica em destaque



Fonte: SEAP, 202? (com adaptações)⁴⁴

⁴⁴ Data incerta do registro fotográfico.

Figura 2: Panorama da entrada da Enfermaria Psiquiátrica



Fonte: DPE/AM, 2023

Vista interna do Centro de Detenção Provisória Masculino I (CDPM I). Como a EP foi instalada mediante a adaptação de uma parte da penitenciária, é necessário acessar o interior desta, passando pelos procedimentos de revista, e, uma vez no seu interior, alcança-se a porta para acesso à antessala para (nova) revista e, finalmente, o acesso à EP propriamente dita. Na imagem, percebe-se uma forma específica de inter-relação entre um funcionário do equipamento e um interno, semelhante às interações relatadas por Goffman no processo de “mortificação do eu”. Na ocasião, percebida a aproximação do agente de segurança, o interno, que está fora da cela para trabalhar no interior da unidade prisional, de imediato se desloca para a parede mais próxima, postando-se de frente para ela e com as mãos para trás, até que o membro da equipe de segurança finalize sua passagem e se afaste por completo.

Figura 3: Porta de entrada à antessala equipada com aparelho para revista pessoal com aparelho de Raio-X precedente ao acesso à Enfermaria Psiquiátrica



Fonte: DPE/AM, 2023

Nesta imagem é visualizada a entrada da antessala para (nova) revista anteriormente ao acesso na EP. Não apenas os internos são submetidos a situações humilhantes e constrangedores que repercutem na sua personalidade: os amigos e parentes que pretendem visitar um interno também participam do ritual mediante o procedimento de revista. No caso, pelo motivo já explicitado anteriormente, para realizar visita a uma pessoa que cumpre a medida de segurança no local, o visitante deve necessariamente se submeter, não apenas a um, mas a dois procedimentos de revista pessoal.

Desse modo, é permissível inferir que, se Carrara tratou o MJ como um híbrido de prisão e hospício, no caso amazonense, ao menos especificamente à sujeição dos visitantes ao ritual da revista pessoal, manteve-se em dose dupla a presença da característica aviltante à dignidade da pessoa do visitante – que não foi condenado nem ao cumprimento da prisão nem ao cumprimento da medida de segurança – de ambos os asilos, cumulativamente.

Figura 4: Aparelho de Raio X e porta de entrada da Enfermaria Psiquiátrica



Fonte: DPE/AM, 2023

Na imagem, verifica-se à esquerda o dispositivo utilizado para revista pessoal por submissão a raio-x. À direita, encontra-se a porta de entrada para a instalação da EP. Centralizadamente ao fundo, há um distintivo demonstrando a ligação do equipamento com a Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP).

Conforme consignado no Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001, elaborado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (PFDC/MPF):

O HCTP, por princípio, padece de uma natureza francamente ambígua: estabelecimentos tidos como centros de tratamento de pessoas com transtornos mentais que, em razão do transtorno, tenham praticado algum tipo de ilícito penal, apesar de intitulados como “hospitais”, não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional. A sobreposição de dois modelos de intervenção social – o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico – acarreta uma discrepância entre a finalidade declarada e a sua inserção de fato, que já vem ocorrendo desde o surgimento da instituição (Brasil, 2011).

Cordeiro e Lima (2014, p. 11) sintetizam que, ao longo da história, doentes mentais em situação conflitiva com a lei têm sido encaminhados para os ambientes asilares e manicômiais, prática responsável por constituir a cultura de afastá-los do convívio social em responsividade à noção de periculosidade. Tal expediente seria posteriormente legalizado como medida de segurança, estruturada sob a clara inspiração da ideia de defesa social. Embora, segundo os autores, tenham surgido por todo o mundo alguns movimentos preocupados com o respectivo atendimento sob a perspectiva do tratamento da saúde desses pacientes, objetivando sua (re)inserção social, eles destacam, porém, que na realidade brasileira como posta, os pacientes do HCTP “experimentam quase que exclusivamente a face custodial da Medida de Segurança. A vertente terapêutica e de ressocialização da Medida de Segurança parece passar ao largo dessas pessoas”.

Por sua vez, aduz Sérgio Carrara (2010, p. 17-18) que, desde os idos da década de 1980, quando pela primeira vez teve a oportunidade de visitar um MJ, no caso o do Rio de Janeiro, compreendeu a experiência de “estar entrando em uma instituição híbrida e contraditória, de difícil definição”, mas que certamente aparentava ser “totalmente incapaz de atingir os objetivos terapêuticos a que se propunha”. Para o autor (2010, p. 18) “se caracterizava fundamentalmente por ser ao mesmo tempo um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar”. Assim, como também já tratavam os cientistas sociais da época, destacou Carrara (2010, p. 18) que “sob a fachada médica das instituições psiquiátricas, desenrola-se, na verdade, uma prática secular de contenção, moralização e disciplinarização de indivíduos socialmente desviantes”.

Abreu, Bertolini, Cordeiro e Biancarelli (2014, p. 15), que participaram de uma vistoria realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo entre maio e julho de 2013 nos três HCTPs paulistas em funcionamento, cujo objetivo era averiguar se as condições desses equipamentos pretensamente dedicados ao tratamento de saúde mental estariam cumprindo sua finalidade de assegurar assistência sob condições adequadas, relataram que os pacientes “se encontram em estado de total desassistência, não recebem cuidados médicos essenciais, não têm acompanhamento psicossocial visando a recuperação, e vivem em ambientes fétidos, úmidos, em enfermarias com vidros quebrados e colchonetes no chão”.

No “Relatório Brasil 2015 de Inspeções aos Manicômios”, elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, a partir da realização de inspeções entre os meses de abril a junho de 2015 em HCTPs (ou nos equipamentos congêneres que lhes fazem as vezes na prática), localizados em dezessete estados

da federação e mais o Distrito Federal, distribuídos por todas as regiões do país, constatou-se em relação às condições ambientais físicas que “de modo geral, todas as instalações foram consideradas inadequadas para acomodar seres humanos” (CFP, 2015, p. 98).

Nesse sentido, em relação à constatação relativa às condições ambientais, elaborou-se no Relatório o “Índice de adequações das condições físicas das instalações” para avaliação de nove itens, a saber: iluminação; ventilação; temperatura; dormitório; cama; limpeza geral; conservação do edifício; mobiliário e banheiro. Cada item avaliado positivamente ou negativamente se atribuiu, respectivamente, os valores +1 ou -1, e no caso de avaliação neutra ou falta de avaliação específica ao item, o valor 0. Assim, o ambiente considerado sem problemas atingiria o valor 9. Como resultado do índice nenhuma das dezessete instituições avaliadas atingiu tal nota. Da melhor para menor a avaliação as notas foram: 3 (uma instituição); 2 (uma instituição); 0 (duas instituições); -2 (três instituições); -3 (uma instituição); -4 (uma instituição); -5 (três instituições); -7 (uma instituição); -8 (quatro instituições) (CFP, 2015, p. 98).

É relevante ressaltar, como expresso no Relatório, que, embora verificado imperar o estado de desumanidade em questão tão sensível que se constituem as condições ambientais do estabelecimento que se propõe a ser terapêutico, neles “seguem não havendo motins ou rebeliões, sinal de que a medicação de contenção tem funcionado...” (CFP, 2015, p. 17). A contenção química, também foi objeto de constatação em outras inspeções posteriores realizadas nos hospitais psiquiátricos, denunciada pela observação de que “em algumas situações a contenção (química e/ou física) sejam o principal e até único a ser utilizado” (CFP, 2019, p. 235).

Como elementos probatórios da situação alarmada apresentara-se de forma destacada no documento que

É comum o uso de medicamentos para aquietar os usuários quando expressam insatisfações ou necessidades. A título de exemplo, foi registrado no livro de intercorrência do SUS em 12 de maio: “(Nome da paciente) – cliente inquieta, fica na porta do posto de enfermagem pedindo ligação p/ mãe, comunicado plantonista que prescreveu dois comp. de Clonazepan 2 mg.” (Clínica Antônio Luiz Sayão, Araras – SP).

[...]

Essa prática resta evidente na análise de alguns prontuários recolhidos pela equipe de visita onde o uso da medicação parece não ter a finalidade exclusiva de beneficiar à saúde, senão de exercer o controle das pessoas. Além do número elevado de combinações medicamentosas, às vezes em alta dosagem, e a utilização do recurso da medicação S.O.S. é constante em alguns

prontuários. Em outras palavras: a alta dosagem de medicamentos funcionaria como uma espécie de camisa de força em formato de comprimidos (Pax Clínica Psiquiátrica, Aparecida de Goiânia – GO).

Referente à contenção mecânica, os profissionais relataram que não costumava acontecer, pois quando havia algum problema os pacientes, normalmente, eram logo medicados. Estes medicamentos eram previamente prescritos para serem usados exatamente nestas situações. Evidencia-se, portanto, o uso inapropriado das medicações com único objetivo de manter os pacientes e o ambiente sobre controle (Hospital Colônia Vicente Gomes de Matos, Barreiros – PE).

No que se refere ao uso da contenção química, percebemos que é uma prática rotineira na instituição: os remédios muitas vezes já estão prescritos pelos médicos para serem utilizados pela enfermagem em determinadas situações, o que costuma-se denominar de “se necessário”. A unidade não possui um protocolo específico ao que se refere a contenção química, tendo somente os registros realizados em prontuário (Instituto de Psiquiatria da Paraíba, João Pessoa – PB) (CFP, 2019, p. 235-236).

Esses casos colacionados, acrescidos de vários outros constatados nas inspeções e que integram o Relatório, demonstram não apenas a imposição de medicação de forma inadequada, mas também a sua finalidade disciplinar como instrumento de castigo nas situações em que o paciente transgredir ou perturba a ordem asilar vigente. No documento, afirma-se peremptoriamente inexistirem dúvidas de que, nas instituições psiquiátricas objeto da inspeção realizada em âmbito nacional, “fica evidente a prática de tortura e/ou outros tratamentos cruéis, desumanos e degradantes pela administração de medicamento de forma excessiva e banalizada”, dado o descumprimento das normas que regulam a questão, além das relacionadas aos direitos das pessoas com transtorno mental (CFP, 2019, p. 236).

Como visto anteriormente, a instituição formal do MJ no Brasil, por meio de lei, remete ao ano de 1903, com a instalação e início de funcionamento do primeiro exemplar no Rio de Janeiro em 1921, e que, paulatinamente, foi difundido pelo país. Nesse quadro, há quase um século de existência do estabelecimento, e mais de setenta anos após o marco legal do regime das medidas de segurança instituído com o Código Penal de 1940, é que se verificou no ano de 2011 a realização da primeira pesquisa em dimensão nacional sobre ele. Coordenado pela Professora Debora Diniz, a pesquisa de caráter etnográfico, designada de Censo 2011, pretendeu conhecer o perfil dos internados e, com isso, subsidiar as políticas públicas implicadas no contexto. Esse “esquecimento” por tão longo tempo, dependente da iniciativa externa à gestão governamental, permite reconhecer a sistematização de uma política higienista e excludente da categoria de “subcidadãos” selecionados como o público do aparelho manicomial judiciário, que, como já evidenciado adredemente, não demonstra preocupação –

ao menos não em tom primordial –, com a terapêutica da saúde para capacitar e (re)inserir o paciente no seio da vida em sociedade.

A partir desse estudo, é possível inferir uma noção do quadro geral implicado nos ambientes HCTP pelo país, ou seja, o do habitat invisibilizador dos loucos infratores que se constituem como uma população duplamente vulnerabilizada⁴⁵. A análise abrangeu 23 HCTPs e 3 Alas de Tratamento, não incluindo os estados do Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins, que não dispunham do equipamento, enquanto Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, possuíam, cada um, três unidades. Foram encontradas 3.989 pessoas internados nos HCTPs ou nas Alas congêneres, dessas 2.839 (71%) em cumprimento da medida de segurança aplicada em sentença absolutória imprópria, 117 (3%) por conversão da pena em medida de segurança, e 1.033 (26%) em situação de internação temporária (Diniz, 2013).

Sob a introdução da noção de internamento perpétuo, foram encontrados 18 indivíduos internados definitivamente há mais de 30 anos, ou 0,5% da população do Censo. Outras 606 pessoas, representando 21% daqueles que cumprem medida de segurança, estavam internados por tempo superior ao máximo da pena cominada para o crime que determinou sua internação. Em relação a este último dado, o documento trouxe uma tabela apresentando os dez casos encontrados com os maiores prazos de internação em comparação à pena prevista para o tipo penal (Diniz, 2013).

⁴⁵Conforme as “Regras de Brasília sobre acesso à justiça das pessoas em condição de vulnerabilidade”, a situação de vulnerabilidade relativa às pessoas é conceituada como: “Consideram-se em condição de vulnerabilidade aquelas pessoas que, por razão da sua idade, gênero, estado físico ou mental, ou por circunstâncias sociais, econômicas, étnicas e/ou culturais, encontram especiais dificuldades em exercitar com plenitude perante o sistema de justiça os direitos reconhecidos pelo ordenamento jurídico”. Ainda segundo as Regras, a vulnerabilidade pela limitação mental condiz à “incapacidade”, esta entendida como “a deficiência física, mental ou sensorial, quer seja de natureza permanente ou temporal, que limite a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, que possa ser causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”, abrangendo a condição da pessoa com deficiência mental (ainda) não criminalizada. Sem prejuízo, estas Regras também estabelecem que o estado de privação de liberdade, além de causa vulnerabilizante singular específica, amplifica os efeitos do processo de vulnerabilização se presente outra causa ensejadora anterior: “A privação da liberdade, ordenada por autoridade pública competente, pode gerar dificuldades para exercer com plenitude perante o sistema de justiça os restantes direitos dos quais é titular a pessoa privada da liberdade, especialmente quando concorre com alguma causa de vulnerabilidade enumerada nos parágrafos anteriores” (Conferência, 2008). Desse modo, o estado pressuposto de vulnerabilidade dessa população particular dos loucos infratores coincide com os desafios e imposições próprios da sua condição de pessoa com transtorno mental para conviver na sociedade como ela se encontra estruturada. Assim, ao também ser asilado no MJ esse grupo, portanto, submetido à privação de liberdade, essa outra condição vulnerabilizante, não apenas se soma, mas também acentua a primeira.

Tabela 1: Os dez indivíduos há mais tempo em medida de segurança se comparado à pena máxima em abstrato para a infração penal

Crime	Data da sentença	Tempo da MS	Pena máxima em abstrato
Tentativa de furto	10/10/1979	32 anos	2 anos e 8 meses
Homicídio culposo	30/05/1979	31 anos	3 anos
Lesão corporal	10/01/1985	26 anos	1 ano
Lesão corporal	03/09/1985	25 anos	1 ano
Incêndio culposo	27/01/1986	25 anos	2 anos
Lesão corporal	27/05/1988	23 anos	1 ano
Lesão corporal	20/05/1988	22 anos	1 ano
Homicídio culposo	13/06/1986	24 anos	3 anos
Tentativa de estupro e violação de domicílio	21/02/1983	28 anos	6 anos e 11 meses
Homicídio culposo	05/08/1987	24 anos	3 anos

Fonte: Diniz, 2013 (com adaptações)

Outro dado importante encontrado é que ao menos 741 dos indivíduos em medida de segurança, aproximadamente 1/4 deles, não deveriam estar internados “seja porque o laudo atesta a cessação de periculosidade, seja porque a sentença judicial determina a desinternação, porque estão internados sem processo judicial ou porque a medida de segurança está extinta” (Diniz, 2013, p. 16). Além disso, outros 1.194 casos tinham exame de cessação de periculosidade ou laudo psiquiátrico em atraso, impossibilitando aferir a necessidade de manutenção da privação da liberdade. Adicionalmente, limitando a consideração às 2.839 pessoas cumpridoras de medida de segurança, 1.153 (41%) estavam com prazo legal excedido, sendo verificado um atraso médio de 32 meses. Debora Diniz (2013, p. 16) aduziu não ter sido possível verificar as razões para o estabelecimento desse cenário, mas, de forma especulativa, consignou que aparentemente isso pode ser atribuído “como parte de um extenso descaso com a combinação entre pobreza e sofrimento mental no Brasil”.

Embora talvez não com a mesma intensidade de momentos históricos anteriores, a invisibilidade que ainda paira sobre o ambiente do MJ é um fator de precarização para a saúde das pessoas acometidas por enfermidades mentais, que são asiladas em espaços cujas condições ambientais favorecem o agravamento de seu estado de saúde, em vez de promover a melhora. Nesse sentido, todos os estudos que se projetam para descortinar a realidade manicomial judicial brasileira – ao menos em parcelas pois o todo é inalcançável –, são importantes para fomentar os questionamentos e debates sobre a questão. Como colocado sob evidência por Diniz (2013, p. 17), “os dados são reveladores do que classifico como ‘estrutura inercial’ do modelo psiquiátrico-penal no Brasil”.

Lado outro, há também casos de pessoas que não necessariamente se inserem no quadro de transtorno mental e/ou envolvidas na malha penal, mas que também foram segregadas em instituições psiquiátricas. O livro de fotorreportagem de Daniela Arbex, intitulado “Holocausto brasileiro”, retrata uma pequena parte da realidade do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, onde o conjunto das condições de tratamento e ambientais promoveram com farta intensidade a materialização da indignidade por meio das mais variadas formas de violência a que foram submetidos os pacientes. Essas condições induziram uma existência miserável e abreviada, uma verdadeira (sobre)vivência ao equipamento, como denunciam as cerca de 60.000 mil vidas encomendadas ao saber psiquiátrico em reduto asilar, não recuperadas, mas, lá, apagadas⁴⁶.

As palavras sofrem com a banalização. Quando abusadas pelo nosso despudor, são roubadas de sentido. Holocausto é uma palavra assim. Em geral, soa como exagero quando aplicada a algo além do assassinato em massa dos judeus pelos nazistas na Segunda Guerra. Neste livro, porém, seu uso é preciso. Terrivelmente preciso. Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos trinta e três eram crianças.

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs.

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo – e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos

⁴⁶As imagens que ilustram a obra são, sem dúvida, uma pequena amostra da capacidade de indiferença em relação à "anormalidade" e à realidade desumana que se impôs naquele estabelecimento por muitas décadas, possivelmente replicada em outros semelhantes espalhados pelo país. Elas são impactantes para aqueles que ainda preservam sentimentos de humanidade e compaixão. No entanto, sob outra perspectiva – a do discurso jurídico atualmente sob a égide da CRFB/88 –, permitem inferir um evidente quadro de violações ao princípio da dignidade da pessoa humana. É impensável hoje a manutenção de qualquer pessoa em "tratamento" sob as condições que foram, parcialmente, ilustradas no livro de Arbex. Nem por isso é preciso se aceitar que outras tantas formas de violências e arbitrariedades recorrentes, fomentadas no e pelo ambiente manicomial, se perpetuem indefinidamente desde que não atinjam aquela dimensão.

de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse (Brum, 2019, p. 13-14).

Os poucos episódios que emergiram à tona para retratar parte dos horrores ocorridos no Hospital Colônia não se espera que se repitam, nem de forma aproximada daquele grau, relativamente aos últimos redutos manicomiais formais ainda insistentemente em funcionamento pelo país. Os HCTPs são esses ambientes que, mesmo tardiamente, necessitam tornar-se o foco privilegiado de preocupação e intervenção. Ao debatermos sobre a pessoa com transtorno mental (não, ou ainda não, criminalizada) e do respectivo modelo assistencial e de tratamento da sua saúde, a LRP já se constituiu em um importante avanço da política pública antimanicomial, embora ainda em fase de efetivação, e, como ressaltado por Glaucia Ribeiro (2022, p. 215), é exatamente na fase de implementação de uma (nova) política pública – como é o caso da LRP –, que se apresentam os “aspectos mais desafiadores”.

Há de se enfatizar, contudo, no exato contexto mais específico deste trabalho, relativamente ao HCTP e à pessoa em sofrimento mental alcançada pelo sistema do controle penal, a LRP é ordinariamente sonogada. Debora Diniz (2013, p. 17), ao tratar dessa especificidade, afirma: “Estamos diante de um grupo de indivíduos cuja precariedade da vida é acentuada pela loucura e pela pobreza, mas também diante de vidas precarizadas pela desatenção das políticas públicas às necessidades individuais e aos direitos fundamentais”⁴⁷.

A diversidade dos dados, análises e perspectivas de abordagem na variabilidade dos autores e instituições que foram trazidas ao diálogo estabelecido sobre o ambiente manicomial judiciário neste tópico, mais que um emaranhado desconcertado de evidências materiais e científicas, constituem-se em um rico substrato convergente a indicar o ponto comum da antipsiquiatria. Esta, caracterizada não como a negativa peremptória da importância do saber psiquiátrico, mas àquela (re)produzido exclusivamente no interior do manicômio, permitindo-se também para a pessoa com sofrimento mental, mesmo selecionada pela malha penal, dispor do tratamento multidisciplinar no meio social aberto.

Conforme destacado por Paulo Amarante (2007, p. 19) acerca de novas perspectivas, “até muito pouco tempo atrás, ‘trabalhar na saúde mental’ era o mesmo que trabalhar em hospícios, em manicômios, em ambulatórios e emergências de crise psiquiátrica. Era trabalhar com loucos agressivos, ambientes carcerários, desumanos, de isolamento e segregação”⁴⁸. O

⁴⁷Para o aprofundamento à compreensão da noção de precarização da vida como referida por Debora Diniz, indique-se a obra de título similar e autoria de Judith Butler: “Vida Precária: os poderes do luto e da violência”.

⁴⁸Ainda conforme Amarante (2007, p. 16): “Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e as neurociências, a psicologia, a psicanálise

autor (2007, p. 20), porém, complementa: “Note que eu disse ‘era’, pois já não é mais exclusivamente assim”.

Dado esse contexto, torna-se ainda oportuno dialogar com o pensamento de Amartya Sen (2011), esposado na sua obra “A Ideia de Justiça”, em que destaca o papel fundamental das instituições nas teorias da justiça, afirmando que essas entidades, como governos, sistemas legais e organizações sociais, desempenham um papel central na promoção ou realização da justiça em uma sociedade. Para ele, qualquer explicação plausível sobre justiça deve levar em consideração a influência das instituições. No entanto, critica o que chama de fundamentalismo institucional, alertando contra a ideia de que as instituições, por sua mera existência, representariam a própria justiça. Segundo Sen, é essencial que as instituições sejam avaliadas pela sua capacidade de promover a justiça e não sejam tomadas como manifestações inerentes dela. O foco deve estar em como essas instituições contribuem para a justiça, e não em tratá-las como próprios sinônimos de justiça.

Muitas perspectivas e cenários estão surgindo em todo o mundo que estão transformando radicalmente o campo da saúde mental. É necessário, pois, dessa forma, que também o Poder Judiciário por seus múltiplos órgãos, como os “verdadeiros donos” do MJ que na prática são, se permitam compreender esta “novidade” para interpretar a lei mais consentaneamente às balizas da CRFB/88 no sentido da máxima efetividade dos direitos fundamentais⁴⁹.

(ou as psicanálises, pois são tantas!), a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia (esta última nos forneceu, por exemplo, o conceito de território, de fundamental importância para as políticas públicas). Mas, se estamos falando em história, em sujeitos, em sociedades, em culturas, não seria equivocado excluir as manifestações religiosas, ideológicas, éticas e morais das comunidades e povos que estamos lidando? Enfim, quais são os limites deste campo? Quais são os saberes que efetivamente os compõem? Podemos ter uma resposta definitiva e exclusiva para estas perguntas?”

⁴⁹Aduz Uadi Lammêgo Bulos (2015, p. 461) em relação ao princípio da máxima efetividade que “seu objetivo é imprimir eficácia social ou efetividade às normas constitucionais, extraíndo-lhes o maior conteúdo possível, principalmente em matéria de direitos humanos fundamentais”.

O paradoxo do sistema jurídico é que ele inventa a si mesmo através de toda operação jurídica. A distinção entre o que é direito e o que é não-direito é feita pelo próprio direito. Assim, princípios e valores não possuem nenhuma garantia. A única garantia que podemos ter é que o direito opere em bases jurídicas. Nenhuma outra garantia pode mesmo haver, em um mundo sem qualquer possibilidade de garantias. Construções perversas daqueles que, sem qualquer sofrimento ou transtorno mental, ditam as regras “racionais” de convívio na modernidade (Virgílio de Mattos. Trecho de “Crime e psiquiatria: Uma saída – preliminares para a desconstrução das medidas de segurança”, 2015, p. 52-53).

3 O DIREITO COMO PRODUTO DA EVOLUÇÃO HUMANITÁRIA E SOCIAL: MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E CONQUISTAS NORMATIVAS

Em “A era dos direitos”, Bobbio apresentou, se não a mais, certamente uma das mais célebres afirmações de sua autoria quando consignou: “O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político” (Bobbio, 2004, p. 16). No sentido dessa assertiva, e antecipando o conteúdo do presente capítulo que ora se inaugura, é permissível apontar que, no que se refere à pessoa com deficiência mental que foi alcançada pelo sistema de justiça criminal, não é a falta de direitos fundamentais reconhecidos e positivados – tanto no âmbito internacional quanto no interno – que obstam um tratamento jurídico e psicossocial adequado e não discriminatório, comparável ao de outras pessoas com a mesma espécie de deficiência mas que não tenham praticado um fato socialmente valorado como ilícito penal.

Na verdade, ainda como também preludiado por Bobbio, o problema em questão está muito mais vinculado à dependência de postura e ação política. É importante destacar que não se trata de uma questão político-legislativa, pois, como será demonstrado, o conjunto de normas válidas, vigentes e aptas a extinguir o MJ é exorbitante. A simples aplicação da legislação existente, por si só, eliminaria a possibilidade de qualquer “cidadão” ser submetido a “tratamento” tanto na Enfermaria Psiquiátrica quanto em algum outro MJ, ambiente cujas condições de (sobre)vivência e (suposto) tratamento da saúde não correspondem ao *status* de

cidadania garantido pela nova ordem constitucional, instituída pela CRFB/88. Aceitar a continuidade do funcionamento do MJ é, em última análise, aceitar a manutenção de um tratamento jurídico discriminatório que perpetua a prática da subcidadania.

Nesse sentido, como afirmara Bobbio, sim, a problemática em apreço é muito mais – se não exclusiva – de ordem política do que jurídica. Juridicamente, não há respaldo constitucional ou legal, válidos que comunguem com a existência do MJ. Novamente com Bobbio (2004, p. 16), sublinha-se que “o problema filosófico dos direitos do homem não pode ser dissociado do estudo dos problemas históricos, sociais, econômicos, psicológicos, inerentes à sua realização: o problema dos fins não pode ser dissociado do problema dos meios”. Então, ao se pretender a implementação de uma específica e contextualizada concretude para o enunciado do autor, relacionado com o déficit de cidadania reconhecida aos pacientes judiciários, permite-se construir que “[discutir] o problema [da negativa de aplicação das normas protetivas especiais], não pode ser dissociado do estudo dos problemas históricos, sociais, econômicos, psicológicos, inerentes à sua realização: o problema dos fins não pode ser dissociado do problema dos meios” (Bobbio, 2004, 16).

Dada essa perspectiva, é inferível do quadro factual posto, a ausência de uma decisão política incisiva por parte do Poder Judiciário para a respectiva concretização responsiva das normas legais e constitucionais, notadamente em sendo esse o Poder encarregado de prover, na arena da democracia, como exigido pelo princípio do Estado Democrático de Direito, na forma do art. 1º da CRFB/88, a garantia dos direitos das minorias em face aos das maiorias momentâneas.

3.1 O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL: A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA (ITALIANA) COMO INSTRUMENTO ESSENCIAL AO RECONHECIMENTO DA CIDADANIA E A (RE)AFIRMAÇÃO DE DIREITOS NO BRASIL

Ao abordar as práticas e as políticas públicas vigentes ainda nos dias de hoje no campo da saúde mental, em sua recente publicação intitulada: “Desinstitucionalização. Da saída do manicômio à vida na cidade”, o Desinstitute⁵⁰ (2023, p. 7) apresenta como fator causal um quadro de “acirramento das desigualdades sociais e intensificação de uma cultura de intolerância promotora de violação de direitos [...] produtores de efeitos nocivos para a vida das

⁵⁰Organização da sociedade civil brasileira, fundada no ano de 2020, atuante na garantia de direitos humanos ligados ao cuidado na seara da saúde mental. Mais informações sobre a atuação, acesso a notícias selecionadas e publicações próprias, disponíveis no sítio virtual da instituição em: <https://desinstitute.org.br>.

peças”. Nessa dinâmica, a organização social enfatiza a ideia de se constituírem as “instituições de tratamentos forçado ou de permanência obrigatória” como ambientes férteis às “práticas de exclusão e a diluição dos processos de sociabilidade [que] ocorrem mediante o fortalecimento da institucionalização e segregação de determinados grupos da sociedade” (Desinstitute, 2023, p. 7).

Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra italiano, é amplamente reconhecido como o principal arquiteto da necessidade de uma profunda reforma (anti)psiquiátrica⁵¹⁻⁵², cujo pensamento inspirou a formação de um movimento antimanicomial e desinstitucionalizante, também identificado como o da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI). Suas ideias e práticas⁵³ exerceram influência profunda e duradoura na forma como o tratamento da saúde mental é concebido. A partir de sua crítica incisiva aos manicômios, propôs uma nova abordagem centrada na dignidade e nos direitos dos pacientes. Para ele, a psiquiatria precisava romper com o modelo de encarceramento e opressão, fato que reverberou fortemente na formulação de políticas públicas em diversos países, incluindo o Brasil.

Basaglia iniciou o processo de experimentação e aplicação de suas formulações quando do seu trabalho no hospital de Gorizia, entre 1961 e 1968. Lá, implementou práticas de desinstitucionalização, como o fim das contenções físicas e a promoção da participação dos pacientes nas decisões sobre seu tratamento, tornando essas mudanças um modelo para a

⁵¹A antipsiquiatria, como elucida Amarante (1998, p. 44), tem origem na Inglaterra na década de 1960, e “busca um diálogo entre a razão e a loucura, enxergando a loucura entre os homens e não dentro deles. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera que mesmo a procura voluntária ao tratamento psiquiátrico é uma imposição do mercado ao indivíduo, que se sente isolado na sociedade. O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do ‘discurso’ através da ‘metanóia’ da viagem do delírio do louco, que não deve ser podada. O louco é acompanhado pelo grupo, seja através de método de investigação, seja pela não repressão da crise, psicodramatizada ou auxiliada com recursos de regressão [... a antipsiquiatria] traz importantes contribuições para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução; no mesmo sentido em que está sendo desenvolvido, ao mesmo tempo, por Franco Basaglia, a partir da experiência de Gorizia”.

⁵²A (anti)psiquiatria postulada por Basaglia – ou a “psiquiatria democrática italiana”, como definida por Amarante (1998, p. 45) – não condiz à negação da importância do saber psiquiátrico. Todavia, opõe-se, sim, ao modelo propagado acriticamente na psiquiatria clássica, adotante das práticas reducionistas – excludentes e segregatórias – da internação manicomial, responsável por reverberar, nesse contexto, o exercício do poder como uma relação exclusivamente vertical, na qual o discurso psiquiátrico fechado em si próprio “coisifica” o paciente. Afirma categoricamente Basaglia (2010, p. 94) que “o manicômio destrói o doente mental”, definindo tal ambiente como “*as instituições da violência*”. Nessa formulação, aduz o autor (2010, p. 95) que o papel reservado à psiquiatria não passaria ao de “novos administradores da violência do poder, visto que – suavizando os atritos, desfazendo as resistências, resolvendo os conflitos provocados pelas instituições – com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, só fazem permitir a perpetuação da violência global. A tarefa deles – definida como terapêutico-orientadora – é a de adaptar os indivíduos a aceitar a própria condição de ‘objetos de violência’, dando como certo que ser objeto da violência é a única realidade a eles concedida, para além das diversas modalidades de adaptação que poderão adotar”.

⁵³É importante ressaltar que, além da sua ocupação teórico-científica sobre a problemática, Franco Basaglia conseguiu concretizar suas formulações transpondo-as para o plano prático, constituindo-se tal práxis em um destacado modelo internacional de reforma psiquiátrica.

reforma psiquiátrica. Em 1969, atendendo a um convite do governo norte-americano, atuou nos Estados Unidos, no Maimonides Hospital, localizado no Brooklin, onde observou o funcionamento do sistema de saúde mental, resultando na sua crítica ao padrão dependente da hospitalização e da medicalização. Ele aproveitou essa experiência para ampliar suas convicções em saúde mental e refinar suas próprias práticas de abordagem. A partir daí, além das indagações referentes ao plano médico-psiquiátrico, as preocupações de Basaglia se expandiram aos fatores sociológicos, antropológicos e econômicos, que, da mesma forma às suas conclusões iniciais, também se revelaram fatores essenciais adicionais para negar a institucionalização da loucura (Bueno, 2020).

No período de 1969 a 1970, em Parma, Basaglia trabalhou no hospital psiquiátrico de Colorno, continuando a ampliação da implementação das práticas humanizadas em saúde mental. De 1971 a 1979, em Trieste, ele transformou o hospital psiquiátrico em uma rede de serviços comunitários de saúde mental, consolidando Trieste como um modelo para a reforma psiquiátrica no plano internacional. A consagração da nova perspectiva de atuação de base humanista e, pois, democrática, constituiu-se como o fundamento para sua adoção e institucionalização pública por meio do respectivo aparato legal na Itália, com a edição da Lei nº 180 de 1978, a qual determinou o fechamento de manicômios em todo o país (Bueno, 2020).

Um dos principais conceitos introduzidos por Basaglia, na linha do que também fora tratado por Goffman, foi o de que os manicômios operavam como instituições totais, despersonalizando e estigmatizando os indivíduos. Ele argumentava que "o manicômio transforma o doente em objeto de violência e exclusão" (Basaglia, 2010, p. 58). Essa crítica não apenas expôs a falência do sistema tradicional de saúde mental, mas também ressaltou a necessidade urgente de criar alternativas que respeitassem a autonomia e a humanidade dos pacientes. Dentro da sua concepção, Basaglia defendia a ideia de que a loucura não deveria ser isolada ou tratada de maneira repressiva, mas, sim, compreendida na interlocução do contexto social e humano do – de cada – indivíduo.

A transformação ocorrida na Itália sob a intervenção basagliana, como asseverado por Bueno (2011, p. 39), “desemboca desta forma em dois sentidos prioritários. O primeiro seria a contestação de que o doente é um não-homem. O segundo, uma recusa maiúscula em relação à violência que este homem sofre no sistema sócio-político”. Seria o paradigma antimanicomial, informador da reforma, portanto, uma verdadeira resposta à

relação institucional, em que aumenta vertiginosamente o poder puro do médico (já não é nem necessário que seja poder técnico), justo porque diminui

vertiginosamente o do doente, o qual, pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, torna-se automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros, que podem fazer dele o que quiserem, sem possibilidade de apelação. Na dimensão institucional, a reciprocidade não existe, nem sua ausência é de algum modo mascarada. É aqui que se vê – sem véus e sem hipocrisia – o que a ciência psiquiátrica, como expressão da sociedade que faz dela sua delegatária, quis fazer do doente mental. E é aqui que se evidencia como não é tanto a doença que está em jogo, mas sim a ausência de valor contratual de um doente, ao qual não resta outra alternativa para opor além do comportamento anormal.

[...]

Analisando a situação do internado em um hospital psiquiátrico (que insistimos em considerar o único doente estigmatizado fora da doença e, portanto, o único de quem pretendemos nos ocupar aqui), podemos começar dizendo que ele aparece, antes de tudo, como um homem sem direitos, sujeito ao poder da instituição, e portanto à mercê dos delegatários da sociedade (os médicos) que o afastou e excluiu (Basaglia, 2010, p. 100-102).

Basaglia liderou uma verdadeira revolução ao implementar a desinstitucionalização na Itália, onde o hospital psiquiátrico foi gradualmente substituído por uma rede comunitária de serviços em saúde mental. O êxito dessa experiência prática demonstrou ser possível cuidar das pessoas com transtornos mentais de maneira mais humana e eficaz, sem recorrer ao isolamento, responsável por aprofundar a degradação da personalidade. Como ele chegou a afirmar: "O poder descontextualizante, destrutivo e institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial, só atua sobre aqueles que não têm outra alternativa além do hospital psiquiátrico" (Basaglia, 2010, p. 102).

Esse movimento da PDI passou a focar no paciente como um indivíduo com necessidades particulares únicas, contrastando com a visão da psiquiatria tradicional, que o entendia como um objeto categórico de intervenção. Sob essa perspectiva cidadã, o paciente psiquiátrico é reconhecido como um sujeito ativo, capaz de tomar decisões com repercussão dirigente na sua vida, incluindo as relacionadas ao seu próprio tratamento. Para tanto, deve ser incentivado a participar ativamente das escolhas que lhe dizem respeito, o que implica a necessidade de garantir os meios para capacitá-lo a realizar as atividades diárias de forma independente, demandando para isso a ocorrência da terapêutica singularizada no meio comunitário, e não isoladamente dentro de um manicômio.

Em relação ao processo de coisificação e incapacitação do paciente no contexto do tratamento clássico, a vertente democrática analisa que

De fato, a psiquiatria clássica limitou-se à definição das síndromes em que o doente, arrancado de sua realidade e apartado do contexto social em que vive,

vê-se etiquetado, “constrangido” a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica.

Mas essa objetivação do homem como síndrome, operada pela psiquiatria positivista, trouxe consequências muitas vezes irreversíveis para o doente mental, que – originariamente objetivado e restrito aos limites da doença – foi confirmado como categoria para além do humano por uma ciência que precisava afastar e excluir aquilo que não conseguia compreender (Basaglia, 2010, p. 35-36).

A influência de Basaglia estendeu-se além das fronteiras italianas, inspirando movimentos semelhantes em todo o mundo. No Brasil, suas ideias foram fundamentais para o movimento nacional da reforma psiquiátrica, culminando como uma das mais importantes conquistas: a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Esta lei, também conhecida como a LRP, estabeleceu diretrizes para a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e para a construção de um modelo assistencial de atenção integral pautada pelo tratamento no território, negando, assim, a perpetuação dos asilos e a institucionalização de cidadãos. Conforme Amarante (2010, p. 10), Basaglia, ao tratar sobre as instituições da violência, “desmonta nossas pretensões de reformar o hospital psiquiátrico, de acreditar que seja possível um hospital psiquiátrico terapêutico, mesmo entre aqueles submetidos à experiência da comunidade terapêutica, e consolida o princípio da sua completa superação”.

A proposta de superação do asilo decorre da importância de integrar os pacientes psiquiátricos na comunidade, oferecendo suporte contínuo e tratamentos que valorizem sua individualidade. Para Basaglia, a liberdade é, em si própria, terapêutica⁵⁴. Dessa forma, qualquer sistema que restrinja a liberdade dos pacientes deve ser questionado e reformado (Basaglia, 2010). Essa visão antimanicomial propõe, fundamentalmente, uma ruptura verdadeiramente radical com o modelo médico tradicional, que frequentemente negligencia os aspectos sociais e culturais da experiência da loucura e, por conseguinte, afasta direitos fundamentais da esfera jurídica do cidadão.

Segundo Franco Basaglia (2010, p. 48-49)

O tratamento do paciente (e não nos referimos apenas ao tratamento farmacológico, que, embora tendo trazido o doente ao campo da medicina, mediante a solução mágica da monstruosidade biológica deste, ainda não deu um passo em direção a ele como homem) não é possível em nenhuma atmosfera de medo e repressão, criada pela necessidade de defesa e tutela que ainda regem a sociedade (e, portanto, o próprio psiquiatra). O tratamento do

⁵⁴Consoante Rinaldo Conde Bueno (2024, p. 1), a partir do “lema ‘A liberdade é terapêutica’, os italianos provocam a quebra do paradigma da antítese saúde-doença, ensejando novas formas de viver e de lidar com a loucura. Priorizar a existência-sofrimento das pessoas é a palavra de ordem, ao invés de patologizar as dores da vida, inerentes ao ser humano”.

doente mental deveria tender à reconquista da uma liberdade perdida, de uma individualidade subjugada: o que é exatamente o oposto daquilo que significa o conceito de tutela, defesa, separação, segregação, implícito nas regras das nossas instituições.

O impacto do pensamento basagliano no Brasil transcendeu a produção legislativa, influenciando diretamente a adoção de novas práticas e abordagens em saúde mental. Segundo Amarante (2021, p. 17), Basaglia foi responsável por introduzir a reforma psiquiátrica como um “*processo social complexo* [...] que busca intervir no campo das relações da sociedade com a loucura, transformando tais relações, por um lado, através de práticas contra a exclusão e, por outro, de estratégias de inclusão social dos sujeitos”. Nessa perspectiva, conclui o autor (2021, p. 17) que “trata-se de um processo que tem como princípios éticos a inclusão, a solidariedade e a cidadania”.

Em momento anterior, Paulo Amarante (2007, p. 100) já havia afirmado que é “exatamente por causa desta postura radicalmente crítica quanto à farsa de tais instituições que se denominam de terapêuticas, que a experiência italiana é, certamente, a mais viva e atual dentre todas as experiências internacionais que visitamos”. A experiência democrática italiana no campo da saúde mental, iniciada por Basaglia como substituição às práticas tradicionais, obscuras e marginalizantes empregadas sob o pretexto de tratamento, impregnou a atuação com os princípios inclusivos e capacitantes do sujeito⁵⁵, “tais como democratização, participação social, envolvimento, corresponsabilização, acolhimento, escuta polifônica e transversalidade [que] passaram a fazer parte do cotidiano da atenção psicossocial” (Amarante, 2007, p. 100-101).

Verifica-se, portanto, que essa insistente preocupação democrática com o desenvolvimento das ações de cuidado e tratamento do paciente no território reflete uma preocupação genuína e profundamente enraizada no reconhecimento do indivíduo como “ser”, não coisificado, exigindo-se oportunizar os meios necessários para promoção da autonomia pessoal e política do paciente como verdadeiro sujeito de direitos. Isso implica que ele merece ter voz ativa e participativa, não apenas no processo terapêutico, mas também ampliada ao máximo nas diversas dimensões da vida social e deve ser preparado para tanto.

Dessa forma, constata-se daí a emergência de uma aproximação da práxis basagliana com o pensamento esposado por Amartya Sen em “Desenvolvimento como liberdade”,

⁵⁵Consoante Amartya Sen (2011, p. 280): “Na valoração da aptidão de uma pessoa para participar na vida da sociedade, atribui-se implicitamente valor à própria vida da sociedade, e isso é um aspecto bastante importante da perspectiva da capacidade”. Por sua vez, ainda alude o autor (2011, p. 321) que “a capacidade é um aspecto da liberdade e se concentra especialmente nas oportunidades substantivas”.

configurada na compreensão da liberdade como elemento central na estruturação das relações humanas e sociais. As capacidades, segundo o autor, representam as liberdades substantivas de um indivíduo, ou seja, os aspectos essenciais para sua realização pessoal e sua integração na organização social. Para que tais capacidades se implementem, ou seja, para que o indivíduo tenha oportunidade de liberdade, é necessário que as condições políticas, econômicas, culturais, institucionais, entre outras, estimulem e assegurem o pleno exercício da liberdade. Sem essa liberdade substantiva, conceitos como justiça, democracia e a garantia de direitos fundamentais, fundamentais para uma sociedade justa e equilibrada, não podem ser plenamente alcançados (Sen, 2010).

Uma das mais importantes contribuições originais de Basaglia foi a implementação dos serviços comunitários setoriais no território. O fortalecimento de uma rede de serviços, com equipes profissionais multidisciplinares, constitui um fator essencial para evitar retrocessos e impedir o retorno ao modelo de hospital psiquiátrico. Como destaca Amarante (2007, p. 102): “É no território que os mecanismos de solidariedade, de fraternidade, de rejeição e discriminação são edificados no dia a dia de uma determinada cultura social. Atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade.” Essa perspectiva democrática na abordagem da questão mental não apenas desafiou as convenções da psiquiatria convencional, mas também pavimentou o caminho para reformas profundas e abrangentes.

A reforma basagliana inspirou o nosso projeto nacional de saúde mental, que se concentra na desinstitucionalização e é amparado pelo compromisso com a valorização do ser humano e a promoção das prerrogativas da cidadania. A reforma psiquiátrica no Brasil surgiu como parte integrante do movimento da reforma sanitária, que se configurou como um esforço revolucionário de caráter social e político. Durante o regime militar, esse movimento gestou o embrião do Sistema Único de Saúde (SUS). O desafio atual, no entanto, é conduzir o processo de reforma em um contexto social e político que difere significativamente daquele em que foi concebido (Oliveira, 2012).

Antes de tratar ao que resultou constituir o movimento brasileiro de reforma psiquiátrica, convém rememorar a contribuição precedente e quase solitária da psiquiatra alagoana Nise da Silveira (1905-1999). Graduada pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1926, na década de 1930 começou a trabalhar no HNA no Rio de Janeiro. Entretanto, prematuramente deixou de exercer a profissão quando, sob a figura ditatorial de Getúlio Vargas, o Estado passou a perseguir os comunistas. Nesse contexto, assim como pesou contra Nise sendo encontrados em seu consultório, a mera posse de livros marxistas, renderam-lhe cerca de um ano e meio de prisão, onde permaneceu juntamente com Olga Benário e Graciliano Ramos,

entre outros personagens considerados no período igualmente perigosos pelo regime, até que liberta, mas sob ameaça de novas detenções, manteve-se no exílio por mais sete anos (Magaldi, 2020).

Retornou ao serviço público apenas em 1944, encontrando novidades técnicas empregadas no tratamento psiquiátrico, como o eletroconvulsoterapia, a lobotomia e o coma insulínico. Diante desse quadro, adotou uma postura decididamente contrária às inovações, acarretando a sua transferência para a Seção de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação, considerado de menor importância, como resultado de uma retaliação superior. Lá transformou o espaço de cuidados aos pacientes acometidos de doenças mentais, por meio do exercício da experimentação criativa envolvida com a convivência e o afeto. Além da terapêutica consistente em atividades de pintura e escultura, a psiquiatra defendia que as criações constituíam um importante ferramental para a análise e compreensão do subconsciente (Magaldi, 2020).

A magnitude que o acervo artístico atingira em dado momento, serviu para a constituição, por obra dela e no mesmo ambiente psiquiátrico em que laborava, do Museu de Imagens do Inconsciente. A dimensão de importância da sua atuação redundou, ainda, na criação da Casa dos Palmares, primeira instituição do gênero destinada ao atendimento dos egressos manicomial. As obras de autoria dos pacientes provocaram alto impacto, tanto no âmbito da arte e estética, quanto na própria via psiquiátrica-científica, inclusive com reflexos no exterior. Mesmo após sua aposentadoria em 1975, coincidente ao rompante do movimento da reforma psiquiátrica nacional, Nise da Silveira manteve perene sua produtividade intelectual, com a formação de grupo de estudos na sua própria casa, criação de livros e documentários, além da curadoria de exposições artísticas, até o advento da sua morte em 1999 (Magaldi, 2020). Desse modo, ainda que não seja relacionada ao seio das lutas coletivas pela reforma nacional, a também conhecida como um ícone da rebeldia psiquiátrica, foi a responsável pelo impulsionamento de práticas psiquiátricas contra-hegemônicas que, em sua essência, mais tarde, seriam albergadas no âmbito dos movimentos democráticos.

O movimento pela reforma psiquiátrica integrou também um esforço mais amplo e internacional, fortemente ligado às lutas por liberdades políticas em um período marcado por intensos debates e mobilizações, que promoviam a conscientização e participação popular. Esse contexto permitiu que a reforma psiquiátrica fosse reconhecida como um movimento com raízes sociais e políticas, mesmo que seu foco principal esteja no campo técnico-conceitual. Os defensores dessa reforma em nosso país foram principalmente militantes comprometidos com a causa, além de técnicos e pensadores que seguiram os princípios da PDI de tratar os pacientes com dignidade e integrá-los na comunidade (Oliveira, 2012).

Até a metade do século XX, a maioria dos hospitais psiquiátricos no Brasil era de natureza pública. No entanto, durante o Regime Militar, a política de saúde do país sofreu um forte movimento de privatização. Em 1971, o Brasil contava com 72 hospitais psiquiátricos públicos e 269 privados. Já em 1981, esses números mudaram para 73 públicos e 357 privados, evidenciando um crescimento expressivo da rede particular. Nesse período, as clínicas de repouso, que funcionavam essencialmente como hospitais psiquiátricos, se multiplicaram por todo o território nacional. Além disso, os anos seguintes foram marcados por práticas preventivas agressivas, gerando um aumento significativo na demanda por leitos psiquiátricos (Dornelles, 2015).

Em meados da década de 1970, a precariedade e a falta de supervisão estatal sobre o tratamento psiquiátrico oferecido por instituições privadas contribuíram para o surgimento do que ficou conhecido como a indústria da loucura. Essa falta de regulamentação permitiu que muitas instituições operassem sem controle, muitas vezes colocando seus interesses financeiros acima do bem-estar dos pacientes. Em resposta a essa situação crítica, profissionais de saúde de diversas áreas, preocupados com as injustiças e contradições observadas no sistema, começaram a se organizar para propor mudanças significativas. Esse movimento de reformulação e reestruturação do sistema de saúde brasileiro foi denominado de reforma sanitária (Smolarek, 2018).

No final da década de 1970, o Brasil vivenciou a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão vinculado ao Ministério da Saúde (MS) responsável pela formulação de políticas públicas de saúde mental. Desde 1957, a DINSAM não realizava concursos públicos, contratando estagiários por meio da Campanha Nacional de Saúde para preencher suas vagas. Além disso, houve um aumento de denúncias sobre as péssimas condições dos hospitais e os abusos sofridos pelos pacientes. No Rio de Janeiro, profissionais qualificados trabalhavam sob instabilidade e ameaças (Amarante, 1998).

Em abril de 1978, uma greve nos quatro hospitais cariocas resultou na demissão de muitos profissionais e estagiários, culminando na formação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM). Nos anos seguintes, o MTSM ajudou a definir as diretrizes do movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, buscando regularizar a situação dos profissionais e criticando o modelo manicomial. Em 1978, participou do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, tido como Congresso de Abertura aos movimentos de saúde mental ao lado de setores conservadores, unindo-se a outras organizações médicas para promover mudanças na saúde mental (Amarante, 1988). Outro evento importante de 1978, o I Congresso de Psicanálise e de Grupos e Instituições, contou com a presença de líderes internacionais da linha de

pensamento crítica em saúde mental, como Franco Basaglia, Erving Goffman e Robert Castel, foi crucial para aumentar a discussão sobre o modelo manicomial na mídia e para fomentar o desenvolvimento crítico das diretrizes que o MTSM e a sociedade brasileira adotariam na reforma psiquiátrica (Amarante, 1998).

Com o Brasil há mais de uma década sob ditadura, davam-se os primeiros passos no processo de reabertura política. Pouco antes da anistia de exilados e banidos pelo regime militar que ocorreria em agosto, Basaglia visitava o Brasil pela terceira vez, para um ciclo de palestras em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Nelas

fazia uma breve fala, traduzida simultaneamente para sua plateia, sobre o controle que a psiquiatria exercia sobre a população, em especial às classes miseráveis; e expunha o uso perverso do discurso científico dessa disciplina que, utilizando-se da instituição manicômio, fazia a gestão das massas de indesejáveis do ponto de vista econômico (na figura daqueles que não produzem), social (na figura daqueles que não seguem a ordem moral) e político (na figura daqueles que não obedecem ao regime vigente). Transmitia também as experiências práticas que acumulara na Itália nas décadas de sessenta e setenta: relatava as mudanças de papel conquistadas juntos aos trabalhadores do manicômio de Gorizia, permitindo uma maior horizontalidade nas relações entre profissionais e pacientes; a abertura do manicômio em Trieste, que em oito anos diminuiu sua população de mil e cem internos para menos de cem; e a promulgação da Lei 180 na Itália, que impedia a construção de novos manicômios, incentivava a desativação dos existentes e extinguiu a atribuição de periculosidade à doença mental. Após sua breve fala, num clima que favorecia o debate, iniciava-se uma discussão com os participantes. Sua mensagem era clara: além de denunciar a situação da psiquiatria, queria incentivar que seus ouvintes abandonassem a discussão e fossem à prática iniciar mudanças – “contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática”⁵⁶, dizia ele. Dia a dia, cidade a cidade, o ritual era basicamente o mesmo. No entanto, algo mudou quando chegou a Minas Gerais. Após sua visita ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, conhecido como Colônia ou Cidade dos Loucos, não pôde proferir sua conferência. O horror era visível e, segundo relatos, Basaglia pareceu ter ficado profundamente deprimido. Declarou que o que vira era “pior que um campo de concentração”⁵⁷ (Nader, 2016, n. p.).

No I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1979, concluiu-se que a reforma na saúde mental também exigia o envolvimento de outros setores

⁵⁶Para Franco Basaglia, mais importante do que os discursos e as propostas de desinstitucionalização é a necessidade de colocá-los em prática afrontando a inércia conservadora do *establishment* mantenedor do *status quo* excludente. Essa forma de pensamento e atuação deu origem, inclusive, a uma de suas obras, sugestivamente intitulada de “A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática: conferências no Brasil”.

⁵⁷Relata Amarante (2021, p. 33) que a visita realizada ao Hospital Colônia “chocou Basaglia profundamente, a ponto de causar-lhe dificuldades de se pronunciar no seminário e mesmo para dormir tamanha a emoção”.

sociais. O MTSM manteve sua identidade, independente de entidades corporativas ou governamentais, e expandiu suas discussões políticas para além das reivindicações trabalhistas, percebendo a luta em saúde mental integrada em um panorama mais amplo, o das lutas sociais organizadas, por liberdades, anistia e democracia plena. Nos congressos subsequentes dos anos 80, o movimento destacou o papel estigmatizante dos manicômios e se posicionou contra as atrocidades nas instituições psiquiátricas e a privatização da medicina, além de iniciar uma discussão sobre os direitos dos pacientes psiquiátricos (Amarante, 1998).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi um marco para a reforma sanitária brasileira e a criação do SUS, incorporando outros setores sociais na elaboração de políticas de saúde mental. Vale recordar que as edições realizadas anteriormente foram compostas basicamente por burocratas (ministros, secretários, gestores). Assim, visando a alteração desse cenário, Sérgio Arouca, que assumira a presidência da Fiocruz, buscou o envolvimento da sociedade em geral para estabelecer “um processo de participação social na construção e acompanhamento das políticas públicas de saúde” (Amarante, 2021, p. 38-39).

Desse modo, a 8ª Conferência Nacional, além de assegurar a participação paritária, também contou com as pré-conferências preparatórias em níveis municipais e estaduais. Como resultado desse processo, uma nova perspectiva inspirou o atendimento em saúde, concebido dentro da noção de integralidade, composta por um conjunto de fatores mais amplos, não confundível com o mero tratamento de doenças. Nessa conjuntura, a saúde passa a ser compreendida “como direito de cidadania e como dever do Estado, saúde como qualidade e defesa da vida”, valorações estas que “foram as bases fundamentais que, dois anos depois, marcariam o texto constitucional dedicado ao capítulo saúde” (Amarante, 2021, p. 39).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu na sequência, em 1987, liderada pelo MTSM, que teve de se rearticular para manter a característica popular e democrática do evento – na linha inaugurada na 8ª Conferência Nacional de Saúde – resistindo aos anseios da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a DINSAM/MS, as quais, de modo reacionário, pretendiam (re)imprimir ao fórum “um caráter congressual, isto é, de um encontro científico de psiquiatras e profissionais de saúde mental” (Amarante, 1998, p. 70). Este encontro, enfim, resultou em recomendações como o engajamento dos trabalhadores e da sociedade civil contra a psiquiatrização do espaço social, a participação popular na elaboração de políticas de saúde mental, e a priorização de investimentos em serviços extra-hospitalares (Amarante, 1998).

Os debates centraram-se na perspectiva de reconhecer a saúde mental como um dos aspectos inseridos no campo da saúde, logo, “direito inalienável de todo cidadão e sua garantia um dever da sociedade e do Estado”, conseqüências ao reconhecimento do *status* de dignidade e

da cidadania na área de ação⁵⁸, repercutindo ainda em proposições para a elaboração da emergente CRFB/88⁵⁹ (Conferência, 1988, p. 39). Tal conferência, como alude Tenório (2002,

⁵⁸No Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada de 25 a 28 de junho de 1987, deu-se especial destaque ao tema da “cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”, consignando expressamente que: “O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico. A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização freqüentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos. Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor. A construção social do processo saúde-doença recomenda prudência ao se caracterizar comportamento alternativo de inserção social como doença mental, evitando a utilização do saber e das técnicas médico-psicológicas para a prática de discriminação e dominação. O Estado deve buscar formas de reconhecer os espaços não profissionais, criados pelas organizações comunitárias, como espaços promocionais de saúde mental” (Conferência, 1988).

⁵⁹Em apêndice ao Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental de 1988, encaminhou-se uma “Proposta de Política de Saúde Mental da Nova República” consignando a sociedade nacional estar “transitando na construção de uma nova ordem constitucional. O povo brasileiro está conseguindo, através de uma árdua luta, colocar um ponto final em um longo período de sua História, marcado pelo desrespeito à legalidade, pela opressão da vontade popular, pelo empobrecimento de grande parte da população e pela subjugação dos interesses nacionais ao sistema financeiro capitaneado pelos bancos internacionais. Gritantes distorções na estrutura socioeconômica fazem-se necessitadas de correção. Nos objetivos de correção socioeconômica e de reconstrução nacional, empenha-se a sociedade brasileira como um todo e o governo de transição para o Estado de Direito. A Nova República nasce com este desígnio histórico. [...] No que concerne à saúde mental, a situação é complexa. Se, por um lado, a estimativa de que 10 por cento ou mais da população brasileira sofre de algum tipo de doença mental não é totalmente aceita, por outro não existe dúvida de que a persistente deterioração das condições de vida da maior parte da população é um poderoso fator agravante ou desencadeante de doenças mentais. Além do mais, o grande sofrimento e a marginalização que estas doenças provocam, o fato de limitarem ou abolirem a capacidade produtiva das pessoas economicamente ativas, o defasamento entre os gastos efetuados e os resultados alcançados obrigam a que a saúde mental, apesar de não estar sendo ainda considerada uma questão prioritária em saúde pública, deva ser encarada com atenção especial. [...] 1 – UNIVERSALIZAÇÃO E EQUIDADE: Consideramos que a saúde mental, enquanto aspecto de saúde de modo geral, é um direito inalienável de todo cidadão e sua garantia um dever da sociedade e do Estado, a traduzir-se pela universalização e equidade do acesso aos serviços de assistência aos doentes mentais. 2 – ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL: Devemos promover os instrumentos de articulação interinstitucional e de integração programática e operacional das atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde mental, e das atividades de alcance individual e coletivo, como forma de aumentar a efetividade e eficiência dos serviços. 3 – AÇÕES INTEGRADAS DE SAÚDE: Promover a compatibilização de normas e rotinas administrativas de modo a agilizar a integração das ações de saúde, introduzindo maior racionalidade na organização institucional, acabando com a descoordenação, o paralelismo de ações e a forte centralização política e financeira. 4 – REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO: Propor, implantar e implementar a regionalização e hierarquização; possibilitando o funcionamento do sistema de referência e contra-referência. 5 – DESCENTRALIZAÇÃO: Favorecer as estruturas estaduais, municipais e comunitárias, promovendo conseqüentemente o retraimento da participação relativa das instituições federais na oferta de serviços em saúde mental de natureza local. 6 – PRIORIDADE DO SETOR PÚBLICO: Desativar, progressivamente, os contratos com as empresas privadas, que assumirão papel complementar dos serviços públicos, privilegiando-se os convênios com as universidades e outras instituições públicas, utilizando-se basicamente a rede pública. 7 – MODIFICAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL: Suplantar o modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica, valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental. 8 – DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS: Promover uma nova política de recursos humanos voltada para a formação técnico-profissional em saúde mental, composição de equipe multiprofissional e educação continuada, em vista das propostas de reorientação da saúde mental. 9 – SUPERVISÃO E AVALIAÇÃO: Criar mecanismos de supervisão que permitam uma constante avaliação dessa política, de modo que as necessárias adequações sejam efetivadas em tempo hábil, além de promover a implantação de um sistema integrado de informações em nível nacional. 10 – EPIDEMIOLOGIA: Promover estudos epidemiológicos e atividades de pesquisa que visem a produção de conhecimento para o

p. 35), “representa, portanto, o fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização”. Cabe ressaltar ainda que, o espaço da I Conferência Nacional de Saúde Mental de junho de 1987, além de revelar o “papel de destaque na condução dos encaminhamentos e propostas políticas” protagonizado pelo MTSM, serviu também para que os trabalhadores articulassem a organização do seu II Congresso Nacional do MTSM (Congresso de Bauru), que viria a ser realizado de 3 a 6 de dezembro de 1987 (Amarante 2021, p. 41).

O Congresso de Bauru, por sua vez, serviu para transformar o movimento de trabalhadores em um movimento social mais amplo, animado pelo vislumbre de “uma luta maior, de natureza social e política” (Amarante 2021, p. 42). O evento contou com uma intensa participação de usuários do sistema de saúde mental, familiares e outras associações civis, marcado pelo lema: Por uma Sociedade sem Manicômios. Como resultado, esse movimento ganhou as ruas, envolvendo novos atores sociais e levando à formação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), com as associações de usuários e familiares se aproximando das comunidades através de eventos culturais e práticas sociais (Amarante, 1998).

Aduz Paulo Amarante (2021, p. 44) que

Em resumo, o Congresso de Bauru propiciou rupturas fundamentais. Uma delas diz respeito à composição dos participantes, antes restrita a trabalhadores (ou profissionais) do campo da saúde mental, que a partir de então passou a contar com os pacientes (que passaram a ser denominados de usuários dos serviços), dos seus familiares e de outros ativistas/militantes de movimentos sociais diversos que também lutavam por direitos, igualdade e liberdade contra todas as formas de opressão e violência social. A outra ruptura está relacionada ao objetivo maior do movimento, cujo escopo passaria a ser a introdução de mudanças na sociedade na forma como pensar a loucura, o transtorno mental, a diversidade e a diferença.

O MTSM, ao impulsionar o estabelecimento do Movimento por uma Sociedade sem Manicômios, influenciou a implementação de significativas inovações nos serviços que viriam a ser prestados aos então designados: usuários. Após anos de foco voltado para as denúncias sobre os casos de abusos e maus-tratos verificados no seio do modelo hospitalocêntrico, o movimento contribuiu para a emergência de novas práticas assistenciais alinhadas com suas

aperfeiçoamento do sistema de atenção à saúde mental. 11 – POLÍTICA TERAPÊUTICA: Reorientar as atividades terapêuticas de modo a adotar a psicoterapia e a socioterapia, em suas diversas formas, como os tratamentos preferenciais em saúde mental. Os outros meios terapêuticos não devem ultrapassar os limites de intervenção tática” (Conferência, 1988, p. 33-40).

críticas ao sistema vigente, buscando alternativas ao modelo tradicional. Em 1987, foi criado em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e, em 1989, o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos. Ambos surgiram como alternativas ao atendimento manicomial, oferecendo serviços como psicoterapia, terapia ocupacional e oficinas (Amarante, 2021).

Paulo Amarante (2021, p. 48) classifica a iniciativa da municipalidade santista, ocorrida em 3 de maio de 1989 – antes mesmo da regulamentação pela Lei nº 8.080/1990 do princípio da descentralização, instituído na CRFB/88 –, como “um dos mais importantes acontecimentos da reforma psiquiátrica no Brasil”. A experiência em Santos começou quando a nova gestão municipal interveio na Casa de Saúde Anchieta, uma clínica privada financiada pelo poder público, que absorvia quase toda a demanda de internações psiquiátricas na região. A intervenção foi motivada por denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos, que foram confirmadas. Essa ação levou à desapropriação do local por utilidade pública e resultou em esforços para dismantelar o manicômio na cidade, implementando um Programa de Saúde Mental com a criação dos NAPS (Tenório, 2002).

Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, influenciada pela Declaração de Caracas de 1990 – documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas (Amarante, 2021). Essa assembleia, constituiu-se em um marco fundamental da reforma psiquiátrica brasileira, destacadamente pela intensa participação social, com aproximadamente 1/5 dos envolvidos sendo usuários dos serviços e seus familiares. Na ocasião, reuniram-se profissionais de saúde mental, associações de pacientes e familiares, universidades, representantes políticos e movimentos populares em uma forte crítica à mercantilização da loucura e à reforma psiquiátrica com viés privatizante, denunciando o modelo de atendimento focado nos hospitais psiquiátricos. Além disso, foram estabelecidas as bases para uma Rede de Atenção voltada ao cuidado em liberdade, fundamentada na medicina social e nas políticas públicas de saúde, com o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (Tenório, 2020).

Como salientado por Tenório (2002, p. 45-46), no relatório final da II Conferência foram estabelecidos “dois marcos conceituais: atenção integral e cidadania”, e, na órbita dessas diretrizes “são desenvolvidos o tema dos direitos e da legislação e a questão do modelo e da rede de atenção na perspectiva da municipalização”. O relatório ainda sugere a criação de dispositivos sanitários e socioculturais que abordem de forma integrada as diferentes dimensões da vida do indivíduo, rompendo com o modelo centrado nos hospitais. O plenário recomendou a criação de Conselhos de Saúde com composição igualitária, o reconhecimento de recursos

informais como a família e a comunidade, além da capacitação dos profissionais. Também propôs a adoção do conceito de território, juntamente com investigações epidemiológicas e sócio-antropológicas, visando desenvolver modelos que respeitem as particularidades locais (Brasil, 1992).

Sob a ótica da Legística, constata-se dessa movimentação social a caracterização de uma das espécies do “impulso” ao processo legislativo, caracterizado pela demanda popular acerca de mudanças em determinado aspecto da base material da sociedade. Essa fase de aspiração, em termos legislativos, ainda é muito incipiente e efêmera, servindo o recorte da realidade como pauta para a “análise do problema” suscetível da regulação estatal. O primeiro passo para o sucesso do “impulso” condiz em chamar atenção das autoridades competentes, no caso, os parlamentares em nível federal, para que considerem o problema levantado. A partir de então, quando um congressista, com o poder de dar início ao processo legislativo passível de culminar na inovação legal, adere à ideia levantada, tem-se o “mandato”, caracterizado como fase de ampla autonomia parlamentar na densificação do problema, determinação das metas e objetivos, e das medidas correspondentes para atingi-los (Delley; Christin; Ledermann, 2009).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei (PL) nº 3.657/89, que visava regulamentar os direitos das pessoas com transtornos mentais, assegurando a extinção gradual dos hospitais psiquiátricos à medida que novos programas assistenciais fossem implementados. No entanto, o PL enfrentou forte oposição, principalmente de proprietários de clínicas psiquiátricas privadas, resultando em uma tramitação lenta (Amarante, 1998). O texto do projeto era simples, composto basicamente por três artigos. O primeiro, proibia o poder público de construir novos manicômios ou financiar vagas na rede privada; o segundo, direcionava a atuação estatal para “a instalação e o funcionamento de recursos não manicomial de atendimento”; o terceiro, exigia que a internação não voluntária fosse comunicada pelo médico responsável, dentro de 24 horas, à Defensoria Pública, ou, na ausência desta na localidade, ao Poder Judiciário (Tenório, 2002).

Apesar da rápida aprovação na Câmara dos Deputados, casa de origem do PL, ele só começaria a ser efetivamente “movimentado” no Senado Federal no ano de 2000. Cabe ressaltar que o período escolhido não se tratou de uma mera coincidência. Já era sentida no plano interno, a influência da pressão internacional exercida, em razão da denúncia recepcionada pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) no final de 1999 (Paixão; Frisso; Silva, 2007). Era o início daquele que viria a se constituir no caso *Ximenes Lopes versus Brasil*, o primeiro processo envolvendo o país perante a jurisdição da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CorteIDH) e, igualmente, aquele que se concretizaria, em 2006, na primeira

condenação brasileira perante o Sistema Interamericano de Proteção dos Direitos Humanos (SIDH), além de ser o primeiro pronunciamento jurisdicional interamericano sobre direitos humanos relacionado à condição de doença mental da vítima⁶⁰ (Silva; Munhoz, 2023).

O PL foi alterado várias vezes no Senado, e, em janeiro de 2000, um substitutivo de autoria do Senador Sebastião Rocha emergiu no lugar da versão original, sendo mais tímido e ambíguo quanto à supressão dos hospícios. Em contrassenso a lógica desinstitucionalizadora inspiradora da nova legislação, o texto chegou a prever “a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos ‘nas regiões onde não exista estrutura assistencial’” (Tenório, 2002, p. 36). Na versão final, no entanto, essa previsão de novos hospitais onde não houvesse alternativas foi removida, sinalizando um verdadeiro avanço antimanicomial e “entre algumas perdas e muitos ganhos, o projeto foi aprovado” (Dornelles, 2015, p. 196).

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, consolidou a reforma psiquiátrica brasileira, incorporando diversas lutas sociais fundamentadas no paradigma antimanicomial. Contudo, a implementação dos serviços substitutivos à centralidade hospitalocêntrica demanda, além de recursos financeiros – lembrando que anteriormente já se destinavam verbas públicas para instituições privadas –, também uma genuína vontade política para concretizar direitos fundamentais. Essa vontade política pode ser traduzida, na formulação de Konrad Hesse (1991, p. 24), como a efetivação da “vontade de Constituição” com sua força normativa, correspondente àquela que “se impõe de forma tanto mais efetiva quanto mais ampla for a convicção sobre a inviolabilidade da Constituição”.

Sob essa perspectiva, é importante destacar que os avanços recentes da política pública instituída são notáveis, apesar dos grandes desafios ainda por superar, especialmente em relação à questão que atravessa profundamente este trabalho: a discriminação pela não incidência da tutela legal, ao menos não de forma generalizada, àqueles também “usuários” dos serviços de assistência psicossocial, mas que deles – ou seja, da efetividade dos (seus) direitos devidamente

⁶⁰Damião Ximenes Lopes, 30 anos de idade, foi admitido em 1º de outubro de 1999 na Casa de Repouso Guararapes, instituição psiquiátrica privada conveniada ao SUS, localizada em Sobral, estado do Ceará. No dia 4 de outubro de 1999, no período da manhã, ao tentar realizar uma visita ao recém internado Damião, sua mãe se confrontou com ele “sangrando, com hematomas, com roupas rasgadas, sujas e com cheiro de excremento, com as mãos amarradas, com dificuldade para respirar, em agonia, gritando e implorando ajuda à polícia. O Sr. Ximenes Lopes ainda estava sujeito à contenção física que havia sido aplicada desde a noite anterior, já apresentava escoriações e feridas, e estava deixado para andar sem supervisão adequada. Posteriormente, uma auxiliar de enfermagem o deitou em uma cama, da qual caiu. Então eles o deitaram em um colchonete no chão”. Damião foi a óbito ainda na mesma data, ao final da manhã, desassistido de socorro médico (OEA, 2006 – tradução nossa).

positivados – injustificadamente são afastados, unicamente em razão da pré-seleção excludente e segregacionista do sistema de justiça criminal.

3.2 DIREITOS HUMANOS FUNDAMENTAIS

Em se tratando a internação no HCTP de tema relutantemente ligado ao esvaziamento do conteúdo ético-jurídico dos direitos humanos fundamentais⁶¹, torna-se relevante destacar, em particular, o princípio da dignidade da pessoa humana. Considerada a centralidade desse postulado, como fundamento da República insculpido no art. 1º, inciso III da CRFB/88, ele se constitui como um significativo vetor interpretativo para a problemática, apresentando-se como um verdadeiro valor-fonte na medida em que inspira e conforma todo ordenamento jurídico do país (Sarlet, 2018). A dignidade da pessoa humana se edifica e traduz como o mais importante fundamento sobre o qual se assenta a ordem republicana e democrática do Estado de Direito, irradiando proteção e segurança às individualidades que compõem a sociedade nacional.

Daniel Sarmento, apresenta a compreensão de que

emergem, *prima facie*, os seguintes componentes do princípio da dignidade da pessoa humana: o *valor intrínseco da pessoa*, que veda a sua instrumentalização em proveito de interesses de terceiros ou de metas coletivas; a *igualdade*, que implica a rejeição das hierarquias sociais e culturais e impõe que se busque a sua superação concreta; a *autonomia*, tanto na sua dimensão privada, ligada à autodeterminação individual, como na pública, relacionada à democracia; o *mínimo existencial*, que envolve a garantia das condições materiais indispensáveis para a vida digna; e o *reconhecimento*, que se conecta com o respeito à identidade individual e coletiva das pessoas nas instituições, práticas sociais e relações intersubjetivas (Sarmiento, 2016, p. 92).

Dada essa composição compartimentada e abrangente da dignidade humana conforme apresentada por Sarmento, outro fundamento republicano imbricado e de importância ímpar para o debate estabelecido condiz à categoria da cidadania, prevista no art. 1º, inciso II da CRFB/88. Tomado seu conceito em uma dimensão constitucional alargada – indo além do exercício dos direitos políticos na seara do direito eleitoral, condizente àqueles direitos de participação popular consubstanciada na capacidade eleitoral ativa e/ou passiva de votar e ser votado para escolha dos representantes ao exercício do poder pelo povo, e os de consulta

⁶¹Para o fim proposto no trabalho, utiliza-se da ressalva proposta por Ingo Wolfgang Sarlet (2018, p. 35), de se partir “de um acordo semântico no sentido de que direitos humanos e fundamentais são expressões sinônimas, atentando-se, contudo, para as devidas distinções em se tratando da dimensão internacional e nacional, quando for o caso”.

popular nos casos de plebiscito e referendo –, a cidadania apresenta como pressuposto individual, acesso e adimplemento perante o Estado às prestações negativas e positivas. Essas tidas como verdadeiras capacidades essenciais ao desenvolvimento e à formação da autonomia de cada indivíduo enquanto componente do corpo social no todo, sem discriminação indevida, possibilitando satisfação de direitos para a consagração do indivíduo como cidadão e apto para o exercício efetivo da participação popular.

Acerca dessa perspectiva, ensina José Afonso da Silva (2016, p. 106-107)

A cidadania está aqui num sentido mais amplo do que o de titular de direitos políticos. Qualifica os participantes da vida do Estado, o reconhecimento do indivíduo como pessoa integrada na sociedade estatal (art. 5º, LXXVII). Significa aí, também, que o funcionamento do Estado estará submetido à vontade popular. E aí o termo conexas-se com o conceito de soberania popular (parágrafo único do art. 1º), com os direitos políticos (art. 14) e com o conceito de dignidade da pessoa humana (art. 1º, III), com os objetivos da educação (art. 205), como base e meta essencial do regime democrático.

Nesse sentido, a respeito dos alicerces para a consecução da opção político-jurídica de efetivação da democracia, Flávia Piovesan (2004, p. 7) destaca da relação cidadania e dignidade da pessoa humana, o “encontro do princípio do Estado Democrático de Direito e dos direitos fundamentais, fazendo-se claro que os direitos fundamentais são um elemento básico para a realização do princípio democrático”. A análise da autora reverbera, de forma não explícita, mas certa, as características da indivisibilidade e da complementaridade, próprias e tão caras à teorização dos direitos humanos e, sobretudo, à sua concretização.

Acerca dessa interdependência entre os direitos, como afirmado por Norberto Bobbio (2004, p. 14), ao lado dos direitos consistentes em *liberdades*, os direitos sociais, ou *poderes* na sua própria designação, “só podem ser realizados se for imposto a outros (incluídos aqui os órgãos públicos) um certo número de obrigações positivas”. Na mesma esteira, ressalta Pérez Luño (2012, p. 18) que “aludir a um sistema constitucional dos direitos fundamentais sugere, de imediato a questão da interdependência, ou mútua implicação existente entre tais direitos”. Para o autor (2012, p. 18) “a unidade de sentido não aparece como uma qualidade das singulares formulações normativas de cada um dos direitos fundamentais, mas como uma característica de todos eles enquanto conjunto”.

Bobbio (2004, p. 7) ainda enfatiza a inversão da razão de ser e a própria função do Estado moderno em substituição a do Estado medieval, notadamente no quanto toca à forma de relacionamento com o indivíduo, ao passar “da prioridade dos deveres dos súditos à prioridade do direito do cidadão”. Sobre essa primazia individual, destaca o autor (2004, p. 7) ter emergido

“um modo diferente de encarar a relação política, não mais predominantemente do ângulo do soberano, e sim daquele do cidadão, em correspondência com a afirmação da teoria individualista da sociedade em contraposição à concepção organicista tradicional”⁶². Bobbio (2007), ainda destaca a função promocional de direitos para a consecução de transformações sociais instituída no plano do constitucionalismo pós-liberal.

Nessa concepção não organicista, não apenas o corpo social em conjunto tem interesses e direitos a serem adimplidos pelo Estado, mas, principalmente, cada cidadão de forma singularizada também é titular de direitos e demandante das respectivas prestações sociais, para a satisfação dos “poderes” condizente às capacidades de exercício das “liberdades”. É nessa perspectiva de atendimento estatal a todo cidadão que se atinge o bem comum. Pela promoção do bem de todos indiscriminadamente.

Essa valoração axiológica-constitucional da pessoa como figura central na estruturação do Estado, conforme firmada na CRFB/88, demanda, portanto, a efetivação de um arcabouço de direitos fundamentais que se destinam correspondentemente a preencher integralmente o conteúdo essencial da dignidade da pessoa humana, visando proporcionar a todos, a partir da preocupação com cada um dos cidadãos, uma vida digna. Por conseguinte, a fórmula valorativa-interpretativa para a respectiva consecução desse objetivo não pode ser arbitrária, devendo, em linhas gerais, ser pautada e perseguir o alcance dos objetivos fundamentais da República.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:
I - **construir uma sociedade livre, justa e solidária**;
II - garantir o desenvolvimento nacional;
III - **erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais**;
IV - **promover o bem de todos, sem preconceitos** de origem, raça, sexo, cor, idade e **quaisquer outras formas de discriminação** (Brasil, 1988 – grifo nosso).

Acerca do tom inovador com o qual a CRFB/88 impregnou a ordem jurídica pátria, José Afonso da Silva (2016, p. 107-108) frisa ser

⁶²De forma mais pormenorizada, Bobbio (2004, p. 8) sustenta “que a afirmação dos direitos do homem deriva de uma radical inversão de perspectiva, característica da formação do Estado moderno, na representação da relação política, ou seja, na relação Estado/cidadão ou soberano/súditos: relação que é encarada, cada vez mais, do ponto de vista dos direitos dos cidadãos não mais súditos, e não do ponto de vista dos direitos do soberano, em correspondência com a visão individualista da sociedade, segundo a qual, para compreender a sociedade, é preciso partir de baixo, ou seja, dos indivíduos que a compõem, em oposição à concepção orgânica tradicional, segundo a qual a sociedade como um todo vem antes dos indivíduos. A inversão de perspectiva, que a partir de então se torna irreversível, é provocada, no início da era moderna [...]”.

a primeira vez que uma Constituição assinala, especificamente, objetivos do Estado brasileiro, não todos, que seria despropositado, mas os fundamentais, e, entre eles, uns que valem como base das prestações positivas que venham a concretizar a democracia econômica, social e cultural, a fim de efetivar na prática a dignidade da pessoa humana.

Percebe-se, portanto, que o espírito da reforma psiquiátrica italiana, nos moldes propostos por Basaglia e posteriormente adotado no Brasil, encontra respaldo e ressonância na ordem constitucional vigente de 1988. A máxima de que “a liberdade é terapêutica” e toda a capacidade e autonomia dela decorrentes se concretizam para o usuário/cidadão como uma condição para a participação popular, sem pretender alcançar qualquer outro escopo metaindividual que não seja a materialização dos objetivos fundamentais da República, visando: (i) a construção de uma sociedade mais justa e solidária; (ii) a erradicação da invisibilidade e do sofrimento inerentes ao internamento psiquiátrico, resultantes da desigualdade de tratamento excludente imposto ao cidadão com doença mental; (iii) a eliminação da discriminação imposta na forma de um *apartheid* social à pessoa em razão de um modo de ser, pelo seu estado “anormal” de saúde mental.

Como evidenciado anteriormente neste trabalho (2.3) – com base em amostragem de inspeções realizadas Brasil afora –, constata-se que as condições ambientais dos HCTPs, em geral, ainda permanecem em estado de desacordo com a lógica de valorização e proteção do ser humano, conforme proclamado pelos sistemas constitucional e internacional de proteção dos direitos humanos. Contudo, o que pode ser considerado o ápice das condições de desumanidade para os internados ocorreu antes de 1988. Nesse período obscuro, sob o pretexto de tratamento e cura das mazelas mentais – por inúmeras vezes não necessariamente diagnosticadas⁶³ – exteriorizadas nos comportamentos desviantes, inúmeros pacientes psiquiátricos tiveram seus direitos mais fundamentais constantemente violados nas mais amplas dimensões. Existem

⁶³Em várias passagens do “Holocausto brasileiro”, a autora, Daniela Arbex, apresenta as mais variadas causas motivadoras da internação no Hospital Colônia, sem relação nenhuma com prescrição médica. Em uma dessas passagens revela o império da violência de gênero contra a mulher, no relato de que: “Muitas ignoradas eram filhas de fazendeiros as quais haviam perdido a virgindade ou adotavam comportamento considerado inadequado para um Brasil, à época, dominado por coronéis e latifundiários. Esposas trocadas por amantes acabavam silenciadas pela internação no Colônia. Havia também prostitutas, a maioria vinda de São João del-Rei, enviadas para o pavilhão feminino Arthur Bernardes após cortarem com gilete os homens com que haviam se deitado, mas se recusavam a pagar pelo programa” (Arbex, 2019, p. 30). Na descrição sobre um episódio específico, ladeado por muitos outros, reportou o caso de “Conceição Machado, uma das internas que mais resistiram ao encarceramento no Colônia. Aos quinze anos, Conceição foi mandada para o hospital, porque decidiu reivindicar do pai a mesma remuneração paga aos filhos machos. Embora trabalhasse com os irmãos na fazenda de Dores do Indaiá, município pouco povoado do centro-oeste das Gerais, a filha do fazendeiro não desfrutava dos mesmos direitos. Pela atitude de rebeldia da adolescente, o pai aplicou o castigo. Decidiu colocar Conceição no famigerado ‘trem de doido’, único no país que fazia viagens sem volta. Em 10 de maio de 1942, ela deu entrada no hospital, de onde nunca mais saiu. Em trinta anos, nunca recebeu visita” (Arbex, 2019, p. 40-41).

registros de episódios nos quais os pacientes dos hospitais psiquiátricos brasileiros lutavam arduamente pela manutenção da mera sobrevivência, mesmo que esse modo de (sobre)vida estivesse desprovido de alguma dignidade.

O Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, talvez o que mais teve parcela da sua realidade revelada à sociedade, durante longo período, concretizou o comércio de corpos com dezessete faculdades de medicina nacionais. Apesar de contar com um cemitério próprio aos arredores do hospício, como prenúncio do provável destino e via de saída àqueles a quem não se prestavam cuidados ou assistência, implementou-se na instituição uma estrutura utilitarista para o auferimento de lucro com o estado de desgraça humana estabelecido, permitido, senão induzido, pelo Estado.

Consoante documentado por Arbex (2019, p. 79-82)

nas geladas noites da cidade serrana, eram enviados para os pátios, com as vestimentas molhadas, e ali largados para morrer.

[...]

A subnutrição, as péssimas condições de higiene e de atendimento provocaram mortes em massa no hospital, onde os registros da própria entidade apontam dezesseis falecimentos por dia, em média, no período de maior lotação. A partir de 1960, a disponibilidade de cadáveres acabou alimentando uma macabra indústria de venda de corpos.

[...]

O fornecimento de peças anatômicas, aliás, dobrava nos meses de inverno, época em que ocorriam mais falecimentos no Colônia, se comparada ao período do verão. Em junho de 1971, a venda de corpos pela instituição atingiu 137 peças contra sessenta e quatro negociadas em janeiro daquele mesmo ano.

[...]

Quando os corpos começaram a não ter mais interesse para as faculdades de medicina, que estavam abarrotados de cadáveres, eles eram decompostos em ácido, na frente dos pacientes, dentro de tonéis que ficavam no pátio do Colônia.

Consoante a contundente análise levada a efeito por Haroldo Caetano (2019, p. 116), “as violações de direitos humanos compõem a rotina dos manicômios judiciários brasileiros, onde a violência institucional é naturalizada em práticas abomináveis, absolutamente inaceitáveis e ilegais, em frontal desrespeito a princípios constitucionais”, destacadamente no que diz respeito ao vetor jurídico-axiológico central da dignidade da pessoa humana⁶⁴. Dado

⁶⁴Nesse trecho da sua obra “Loucos por Liberdade”, Haroldo Caetano (2019, p. 116) apresenta a relação de “alguns documentos audiovisuais, cuja reprodução não se faz possível na escrita [e que], reportam com fidelidade a realidade trágica da internação psiquiátrica em instituições asilares, sejam ela manicômios judiciários ou não. [...] todos disponíveis no Youtube: *Em nome da razão* (de Helvecio Raton); *A casa dos mortos* (Debora Diniz); *Passageiros de segunda classe* (Kim-Ir-Sem), *A casa dos esquecidos* (Conexão Reporter SBT), *Antecipando o absurdo* (Luiz Eduardo Jorge), *Crônicas (des)medidas* (Alyne Alvarez), *Holocausto brasileiro* (Armando Mendz e Daniela Arbex)”.

esse cenário anárquico estabelecido ao arrepio da ordem legal positivada, não é admissível sua aceitação, supondo-se que a organização social, baseada no contratualismo, tenha sido fruto da adesão dos indivíduos para a renúncia de direitos que constituem a verdadeira base de aceitação da instituição estatal, como é o caso da segurança pessoal.

A finalidade do Estado é a busca pelo bem comum, mas não aquele considerado genericamente. Como aduz Dallari (2011, p. 34), ao afirmarmos “que a sociedade humana tem por finalidade o bem comum, isso quer dizer que ela busca a criação de condições que permitam a cada homem e a cada grupo social a consecução de seus respectivos fins particulares”. Seguindo essa trilha, esmiuça ainda o autor (2011, p. 34) que “quando uma sociedade está organizada de tal modo que só promove o bem de uma parte de seus integrantes, é sinal de que ela está mal organizada e afastada dos objetivos que justificam sua existência”.

Nessa perspectiva, o bem para o paciente mental, o seu estado de bem-estar e os cuidados necessários à condição do seu ser, demandam o reconhecimento de que o transtorno mental não afasta dele os atributos da dignidade pessoal, tão cidadão que é como qualquer outro no que tange ao relacionamento estatal, fazendo jus, então, a todas as prestações devidas e essenciais ao seu pleno desenvolvimento – dentro do limite particular possível –, da mesma maneira que a todos os demais integrantes da comunidade nacional. E não só isso. Além das prestações gerais igualitárias, a ele são devidas aquelas específicas concernentes à condição diferencial vinculadas ao *discrímen*⁶⁵, para o devido aperfeiçoamento da dimensão substancial da igualdade enquanto categoria ético-jurídica.

Adotando essa premissa e considerando especificamente o caso do doente mental adredemente selecionado pelo sistema penal, Paulo Vasconcelos Jacobina denuncia haver um distanciamento entre o *status* formal promotor e protetivo que é deferido pela condição de cidadão, acompanhado por um conjunto de direitos inerentes e consecutórios, em contraste com aquele efetivamente dispensado. Por isso, o autor enfatiza que

pensar a questão da insanidade, na sua interface com a cidadania, é, de certa forma, repensar a própria questão dos conceitos de cidadania, dignidade da pessoa humana e pluralismo político. A incapacidade do louco de "cumprir e respeitar o contrato social" tem-no transformado simplesmente em alguém mais além da própria proteção que esse contrato estabelece (Jacobina, 2004, p. 76).

⁶⁵A discriminação positiva, ou fator de *discrímen* na lição de Celso Antônio Bandeira de Mello (2011, p. 38), pressupõe “investigar, de um lado, aquilo que é erigido em critério discriminatório e, de outro lado, se há justificativa racional para, à vista do traço desigualador adotado, atribuir o específico tratamento jurídico construído em função da desigualdade afirmada”.

No dizer de Celso Lafer (1988, p. 150) “a asserção de que a igualdade é algo inerente à condição humana é mais do que uma abstração destituída de realidade. É uma ilusão facilmente verificável numa situação-limite”. Daí a arrematar o autor (1988, p. 152) que “as pessoas não nascem iguais e não são iguais nas suas vidas. A igualdade resulta da organização humana. Ela é um meio de se igualar as diferenças através das instituições”. Assim, além das prestações estatais de cunho existencial e social necessárias para o desenvolvimento de uma vida permeada com os atributos da dignidade, toda pessoa com uma patologia mental – integrante inseparável que é do seu próprio ser –, pelas implicâncias das condições da cidadania e a da igualdade material que a socorrem, demanda antes de tudo, a dispensação de cuidados para com seu estado de saúde, o que certamente não se confunde nem é providenciado na realidade de segregação, miséria e diversificadas formas de tortura, próprias e inafastáveis do quadro de asilamento.

É de se notar que a Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948 consigna logo no art. 1º que: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (ONU, 1948). Como se observa, o texto não faz – como não poderia –, qualquer ressalva ou exclusão ligada à condição de doença mental de uma pessoa para não incidência da tutela. Em prosseguimento, para esclarecimento ainda mais minudente, o diploma estabelece expressamente no art. 2º que

Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidas nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição (ONU, 1948).

Ainda, no art. 22 da mesma Declaração garante-se que

Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade (ONU, 1948).

Também, não se pode deixar de realçar que o advento da CRFB/88 foi precedido por um período autoritário de vinte e um anos, o que influenciou a movimentação das forças sociais e políticas no sentido de robustecer, tanto qualitativa quanto quantitativamente, o catálogo de direitos fundamentais na nova ordem constitucional. A questão topográfica que posiciona esses direitos logo após os princípios fundamentais e a inserção dos direitos sociais no rol dos direitos

fundamentais, revelam um alinhamento com a evolução da teoria constitucionalista. Porém, possivelmente a inovação mais impactante decorra da previsão do § 1º que integra o art. 5º, ao assentar que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais possuem aplicabilidade imediata, excluindo, em princípio, o cunho programático desses preceitos”, de maneira que “ficou consagrado o *status* diferenciado dos direitos fundamentais” (Sarlet, 2018, p. 67-68).

Outra importante inovação fruto do poder constitucional originário e inserido na CRFB/88, constata-se da previsão do art. 5º, § 2º: “Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte” (Brasil, 1988). Dela se infere uma verdadeira abertura para o reconhecimento da existência de direitos fundamentais positivados tanto “em outras partes do texto constitucional e até mesmo em tratados internacionais” (Sarlet, 2018, p. 72).

3.2.1 *Standards* internacionais: a proteção diferencial

Dadas as condições ambientais da internação psiquiátrica como ocorriam no país e, notadamente, a internação penal-psiquiátrica como ainda vigente, é que se revela a importância de tratar dos diversos *standards* internacionais que visam humanizar a terapêutica e efetivar os direitos indisponíveis das pessoas nelas implicadas. Alguns desses padrões, embora não especificamente voltados a regular o tratamento jurídico incidente, quando considerada a base material que afetam as pessoas sujeitadas ao tratamento psiquiátrico, acabam também oferecendo a tutela necessária demandada pelo contexto. Exemplificativamente, há quem sustente⁶⁶ que, após a positivação do paradigma antimanicomial, o próprio recolhimento da pessoa com deficiência mental selecionada pelo sistema penal caracteriza-se como o crime de tortura, na forma da Lei nº 9.455/1997, mediante o “simples” fato da sua exclusão social por meio da segregação no MJ.

Nesse panorama, um instrumento significativo e merecedor de nossa atenção consiste nas Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos, na medida em que,

⁶⁶Segundo advoga Haroldo Caetano da Silva (2010, p. 113) “diante da Lei 10.216, sequer se cogita do recolhimento do paciente submetido à medida de segurança em manicômio judiciário, hospital de custódia psiquiátrica, cadeia pública ou qualquer outro estabelecimento prisional. Tal situação, muitas vezes tolerada face à não implementação de políticas públicas de atenção à saúde mental, além de violar frontalmente o modelo assistencial instituído pela Lei da Reforma Psiquiátrica, constitui ainda crime de tortura, na modalidade prevista no art. 1º, § 1º, da Lei nº 9.455/97, por ele respondendo também aquele que se omite quando tinha o dever de evitar ou apurar a conduta (§ 2º), que é agravada quando praticada por agente público (§ 3º)”.

enquanto executada a medida de segurança sob a forma de internamento no HCTP, constatável pelas evidências empíricas já colacionadas anteriormente (2.3), observa-se um estado de constante violação do instrumento normativo internacional e, respectivamente, dos direitos que objetiva assegurar. É importante destacar o fato da intensa participação ativa do Brasil durante as negociações para a formulação e aprovação do diploma na Assembleia da Nações Unidas em 2015. Conhecidas como Regras de Mandela, elas foram pautadas em outros instrumentos também vigentes no país, como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, e a Convenção contra Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes. Esse conjunto de diretrizes mínimas para a observância pelos Estados visa assegurar a dignidade e o respeito às pessoas privadas da sua liberdade ambulatorial, tendo como finalidade precípua a reinserção social sob o vetor do tratamento pautado no princípio da dignidade da pessoa humana.

Destacam-se dessas regras:

Princípios básicos

Regra 1

Todos os reclusos devem ser tratados com o respeito inerente ao valor e dignidade do ser humano. Nenhum recluso deverá ser submetido a tortura ou outras penas ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes e deverá ser protegido de tais atos, não sendo estes justificáveis em qualquer circunstância. A segurança dos reclusos, do pessoal do sistema prisional, dos prestadores de serviço e dos visitantes deve ser sempre assegurada.

[...]

Regra 3

A detenção e quaisquer outras medidas que excluam uma pessoa do contacto com o mundo exterior são penosas pelo facto de, ao ser privada da sua liberdade, lhe ser retirado o direito à autodeterminação. Assim, o sistema prisional não deve agravar o sofrimento inerente a esta situação, exceto em casos pontuais em que a separação seja justificável ou nos casos em que seja necessário manter a disciplina.

[...]

Alojamento

Regra 13

Todos os locais destinados aos reclusos, especialmente os dormitórios, devem satisfazer todas as exigências de higiene e saúde, tomando-se devidamente em consideração as condições climatéricas e, especialmente, a cubicagem de ar disponível, o espaço mínimo, a iluminação, o aquecimento e a ventilação.

Regra 14

Em todos os locais destinados aos reclusos, para viverem ou trabalharem:

- (a) As janelas devem ser suficientemente amplas de modo a que os reclusos possam ler ou trabalhar com luz natural e devem ser construídas de forma a permitir a entrada de ar fresco, haja ou não ventilação artificial;
- (b) A luz artificial deve ser suficiente para permitir aos reclusos ler ou trabalhar sem prejudicar a vista.

Regra 15

As instalações sanitárias devem ser adequadas, de maneira a que os reclusos possam efetuar as suas necessidades quando precisarem, de modo limpo e decente.

[...]

Restrições, disciplina e sanções

[...]

Regra 42

As condições gerais de vida expressas nestas Regras, incluindo as relacionadas com a iluminação, a ventilação, a temperatura, as instalações sanitárias, a nutrição, a água potável, a acessibilidade a ambientes ao ar livre e ao exercício físico, a higiene pessoal, os cuidados médicos e o espaço pessoal adequado, devem ser aplicadas a todos os reclusos, sem exceção.

Regra 43

1. Em nenhuma circunstância devem as restrições ou sanções disciplinares implicar tortura, punições ou outra forma de tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. As seguintes práticas, em particular, devem ser proibidas:

- (a) Confinamento solitário indefinido;
- (b) Confinamento solitário prolongado;
- (c) Detenção em cela escura ou constantemente iluminada;
- (d) Castigos corporais ou redução da alimentação ou água potável do recluso;
- (e) Castigos coletivos.

2. Os instrumentos de imobilização jamais devem ser utilizados como sanção por infrações disciplinares (ONU, 2015).

Relativamente a esse compêndio condensador das regras internacionais mínimas, convém recordar o teor da Resolução proferida pela CorteIDH, datada de 23 de novembro de 2016. Na ocasião, ao se proceder a um escrutínio jurisdicional sobre as condições ambientais do Complexo Penitenciário do Curado⁶⁷ e da forma de tratamento às pessoas ligadas a ele, desencadeadoras da situação de perigo à integridade pessoal dos envolvidos – o que inclusive foi precedido de uma visita *in loco* por parte de alguns dos juízes –, a CorteIDH constatou um quadro de descumprimento das Regras de Mandela pelo Estado brasileiro, além de outros padrões normativos incidentes, para o fim de deferir diversas medidas provisórias para a imediata adoção das “que sejam necessárias para proteger eficazmente a vida e a integridade pessoal de todas as pessoas privadas de liberdade no Complexo de Curado, bem como de qualquer pessoa que se encontre neste estabelecimento” (OEA, 2016).

Restou consignado na decisão que

A este respeito, a Corte recorda que, de acordo com as Regras Mínimas para o Tratamento de Reclusos das Nações Unidas (Regras de Mandela), os locais de alojamento, e especialmente os dormitórios, deverão cumprir todas as normas de higiene, em particular no que se refere às condições climáticas e,

⁶⁷O Complexo Prisional do Curado fica localizado em Recife, Pernambuco, e é composto por três unidades: Presídio Juiz Antônio Luiz Lins de Barros, Presídio Marcelo Francisco de Araújo, e Presídio Frei Damião de Bozzano.

em concreto, ao volume de ar, superfície mínima, iluminação, calefação e ventilação (Regra 13). Essas regras incluem janelas suficientemente grandes para a entrada de ar fresco, a garantia de luz artificial (Regra 14), instalações sanitárias (Regra 15), banheiros e chuveiros (Regra 16) adequados e limpos (Regra 17). Ademais, serão fornecidos aos reclusos água e artigos indispensáveis para sua saúde e higiene (Regra 18), bem como roupa de cama individual (Regras 19 e 21), alimentação de boa qualidade (Regra 22), serviços médicos (Regra 24) e tratamento apropriado para doenças contagiosas durante o período de infecção (Regra 30, d). Igualmente, os Princípios e Boas Práticas sobre a Proteção das Pessoas Privadas de Liberdade nas Américas, da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, prescreve que toda pessoa privada de liberdade terá direito à saúde (Princípio X), e a espaço e instalações sanitárias higiênicas e suficientes (Princípio XII) (OEA, 2016).

Adicionalmente, é preciso rememorar que, de acordo com a sistematização do § 1º e § 3º do art. 5º da CRFB/88, que tratam, respectivamente, (i) da aplicação imediata das normas definidoras dos direitos e garantias constitucionais e (ii) do procedimento para a equivalência dos tratados internacionais sobre direitos humanos às emendas constitucionais, a própria Convenção Americana de Direitos Humanos (CADH), internalizada pelo Decreto nº 678/1992, possui *status* supralegal no nosso ordenamento jurídico, conforme decidido pelo STF (RE 466.343/SP). Isso se deve ao fato de ter sido internalizada antes da Emenda Constitucional (EC) nº 45/2004, que introduziu o § 3º. Como resultado da hermenêutica constitucional incidente, acrescido de amparo no princípio *pro homine*⁶⁸, esse conjunto normativo estabelece um *standard* mínimo obrigatório, calcado na proteção da dignidade das pessoas sujeitadas também ao cumprimento da medida de segurança.

A proteção dos direitos humanos ocorre dentro de uma estrutura multidimensional em que diferentes âmbitos de atuação operam de forma complementar. Nesse contexto, existem duas esferas de proteção: a nacional, dentro dos próprios Estados, e a internacional. No cenário internacional, além do sistema global da Organização das Nações Unidas (ONU), há outros sistemas regionais espalhados geograficamente, com destaque para os sistemas africano, europeu e interamericano – no âmbito da Organização dos Estados Americanos (OEA) –, que são os principais (Piovesan, 2021). O Brasil ratificou a CADH em 09 de setembro de 1992. Acerca do artigo 62, em 10 de dezembro de 1998, o Estado brasileiro reconheceu submeter-se “de pleno direito a competência da Corte Interamericana de Direitos Humanos em todos os

⁶⁸Conforme André Ramos (2019, p. 134): “Toda exegese do Direito Internacional dos Direitos Humanos, consagrada pela jurisprudência internacional, tem como epicentro o princípio da interpretação *pro homine*, que impõe a necessidade de que a interpretação normativa seja feita *semper* em prol da proteção dada aos indivíduos”.

casos relacionados com a interpretação ou aplicação da Convenção Americana sobre Direitos Humanos [...] para os fatos posteriores a essa declaração” (Weis, 2012, p. 146).

De acordo com o art. 5º da CADH, toda pessoa tem assegurado o direito às integridades pessoais. Aí certamente estão incluídas as pessoas privadas da sua liberdade ambulatorial, notadamente em razão do regime de sujeição especial ao qual são submetidas pelo e perante o Estado, diante da internação coativamente imposta. Assim, a CADH prevê que

1. Toda pessoa tem o direito de que se respeite sua integridade física, psíquica e moral.
2. Ninguém deve ser submetido a torturas, nem a penas ou tratos cruéis, desumanos ou degradantes. Toda pessoa privada da liberdade deve ser tratada com o respeito devido à dignidade inerente ao ser humano (OEA, 1969).

É imperioso destacar que, ante a previsão do art. 1.1 da CADH, os Estados partes obrigam-se a “respeitar os direitos e liberdades nela reconhecidos” não prejudicado o dever de “garantir seu livre e pleno exercício a toda pessoa que esteja sujeita a sua jurisdição”, vedada qualquer forma de discriminação, independentemente da natureza (OEA, 1969). Ademais, pela adesão voluntária, os Estados “comprometem-se a cumprir a decisão da Corte em todo caso em que forem partes” (art. 68.1) (OEA, 1969). Igualmente se dão por resignados com seu conteúdo, independentemente de refletir ou não o posicionamento defendido durante o processo contencioso, pois previamente a aceitaram como “definitiva e inapelável” (art. 67) (OEA, 1969).

Dado esse contexto de adesão voluntarista à jurisdição interamericana, em razão da morte Damião Ximenes Lopes, na data de 4 de outubro de 1999, nas circunstâncias em que ocorreu no ambiente da Casa de Repouso Guararapes, é que a CorteIDH proferiu uma decisão condenatória em face do Estado-parte brasileiro, em que

DECIDE,

Por unanimidade,

1. Admitir o reconhecimento parcial de responsabilidade internacional efetuado pelo Estado pela violação dos direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, nos termos dos parágrafos 61 a 81 da presente Sentença.

DECLARA,

Por unanimidade, que

2. O Estado violou, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, tal como o reconheceu, os direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a obrigação

geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 119 a 150 da presente Sentença.

3. O Estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e dos senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes, familiares do senhor Damião Ximenes Lopes, o direito à integridade pessoal consagrado no artigo 5 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 155 a 163 da presente Sentença.

4. O Estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda, familiares do senhor Damião Ximenes Lopes, os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial consagrados nos artigos 8.1 e 25.1 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 170 a 206 da presente Sentença.

5. Esta Sentença constitui per se uma forma de reparação, nos termos do parágrafo 251 dessa mesma Sentença.

E DISPÕE,

Por unanimidade, que:

6. O Estado deve garantir, em um prazo razoável, que o processo interno destinado a investigar e sancionar os responsáveis pelos fatos deste caso surta seus devidos efeitos, nos termos dos parágrafos 245 a 248 da presente Sentença.

7. O Estado deve publicar, no prazo de seis meses, no Diário Oficial e em outro jornal de ampla circulação nacional, uma só vez, o Capítulo VII relativo aos fatos provados desta Sentença, sem as respectivas notas de pé de página, bem como sua parte resolutiva, nos termos do parágrafo 249 da presente Sentença.

8. O Estado deve continuar a desenvolver um programa de formação e capacitação para o pessoal médico, de psiquiatria e psicologia, de enfermagem e auxiliares de enfermagem e para todas as pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental, em especial sobre os princípios que devem reger o trato das pessoas portadoras de deficiência mental, conforme os padrões internacionais sobre a matéria e aqueles dispostos nesta Sentença, nos termos do parágrafo 250 da presente Sentença.

9. O Estado deve pagar em dinheiro para as senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda, no prazo de um ano, a título de indenização por dano material, a quantia fixada nos parágrafos 225 e 226, nos termos dos parágrafos 224 a 226 da presente Sentença.

10. O Estado deve pagar em dinheiro para as senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e para os senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes, no prazo de um ano, a título de indenização por dano imaterial, a quantia fixada no parágrafo 238, nos termos dos parágrafos 237 a 239 da presente Sentença.

11. O Estado deve pagar em dinheiro, no prazo de um ano, a título de custas e gastos gerados no âmbito interno e no processo internacional perante o sistema interamericano de proteção dos direitos humanos, a quantia fixada no parágrafo 253, a qual deverá ser entregue à senhora Albertina Viana Lopes, nos termos dos parágrafos 252 e 253 da presente Sentença.

12. Supervisionará o cumprimento íntegro desta Sentença e dará por concluído este caso uma vez que o Estado tenha dado cabal cumprimento ao disposto nesta Sentença. No prazo de um ano, contado a partir da notificação desta Sentença, o Estado deverá apresentar à Corte relatório sobre as medidas adotadas para o seu cumprimento (OEA, 2006 – tradução nossa).

Como destacado anteriormente, essa foi a primeira condenação do Estado brasileiro no âmbito do sistema interamericano de direitos humanos. Convém apontar, entretanto, que, passados mais de quinze anos desde a condenação, o Brasil não se desincumbiu integralmente do cumprimento de todas as obrigações estabelecidas na sentença. É digno de nota, aliás, enfatizar que a CorteIDH reconheceu avanços na política pública pautada no paradigma desinstitucionalizador, instituído em nosso país com a Lei nº 10.216/2001, ressaltando, contudo, como condicionamento necessário ao êxito da providência, desde que ela venha a ser executada em conformidade com as previsões positivadas.

Ainda em 17 de dezembro de 1991, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Resolução nº 46/119, com os “Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental” (ONU, 1991 – tradução nossa). A origem dessa iniciativa remonta à década de 1970, quando a Comissão de Direitos Humanos da ONU começou a examinar o uso abusivo da psiquiatria para o controle de dissidentes políticos. A finalidade foi ampliada, passando do critério de análise de diagnósticos em determinados Estados para a investigação de meios que efetivamente protegessem os pacientes mentais e, finalmente, para a melhoria geral da prestação de assistência em saúde mental, culminando no documento aprovado em 1991 (Bertolote, 1995).

Ao comentar sobre a Resolução nº 46/119, José Bertolote (1995, p. 153) enfatiza que, “na prática psiquiátrica habitual, a importância da internação prevalece sobre a do tratamento. Os termos desses Princípios claramente invertem a ordem habitual desta prática, colocando o interesse do tratamento à frente do valor social da detenção (internação)”. Além disso, destaca o autor (1995, p. 155) o espírito que orienta o instrumento internacional, como um processo democratizante de cuidados em saúde mental, do qual “observa-se uma crescente participação dos usuários de serviços de saúde mental (pacientes, ex-pacientes, e seus familiares) no planejamento e na implementação dos serviços”.

Destacam-se ainda, entre alguns dos princípios essenciais que aparecem logo no início do diploma, as prescrições sobre os ambientes e as condições de tratamento, além da preocupação com a preservação e promoção da autonomia da pessoa com transtorno mental:

Princípio 1

Liberdades fundamentais e direitos básicos

1. Todas as pessoas têm direito aos melhores cuidados de saúde mental disponíveis, que farão parte do sistema de saúde e assistência social.
2. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, devem ser tratadas com humanidade e respeito pela dignidade inerente à pessoa humana.

3. Todas as pessoas com doença mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual e outras formas de exploração, abuso físico ou de outra natureza e tratamento degradante.

4. Não haverá discriminação com base em doença mental. "Discriminação" significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou prejudicar o gozo igual de direitos. Medidas especiais exclusivamente para proteger os direitos, ou garantir o avanço, de pessoas com doença mental não serão consideradas discriminatórias. Discriminação não inclui nenhuma distinção, exclusão ou preferência empreendida de acordo com as disposições destes Princípios e necessária para proteger os direitos humanos de uma pessoa com doença mental ou de outros indivíduos.

5. Toda pessoa com doença mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos, no Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e em outros instrumentos relevantes, como a Declaração sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e o Conjunto de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas Sujeitas a Qualquer Forma de Detenção ou Prisão.

[...]

Princípio 3

Vida na comunidade

Toda pessoa com doença mental terá o direito de viver e trabalhar, na medida do possível, na comunidade.

Princípio 8

[...]

2. Todo paciente deve ser protegido de danos, incluindo medicação injustificada, abuso por outros pacientes, equipe ou outros, ou outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico.

Princípio 9

Tratamento

1. Todo paciente terá o direito de ser tratado no ambiente menos restritivo e com o tratamento menos restritivo ou intrusivo, apropriado às necessidades de saúde do paciente e à necessidade de proteger a segurança física de outras pessoas.

2. O tratamento e o cuidado de cada paciente serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o paciente, revisado regularmente, revisado conforme necessário e fornecido por equipe profissional qualificada.

3. O atendimento à saúde mental deve ser sempre fornecido de acordo com os padrões de ética aplicáveis para profissionais de saúde mental, incluindo padrões internacionalmente aceitos, como os Princípios de Ética Médica adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas. O conhecimento e as habilidades em saúde mental nunca devem ser abusados.

4. O tratamento de cada paciente deverá ser direcionado à preservação e ao fortalecimento da autonomia pessoal (ONU, 1991 – tradução nossa).

Dando prosseguimento à discussão internacional com reflexo na saúde mental sob o enfoque da promoção e proteção dos direitos humanos, em 13 de dezembro de 2006, a Assembleia Geral da ONU aprovou a Resolução nº 61/106, estabelecendo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (ONU, 2006). Relativamente a ela, Izabel Maior (2008) destaca a celeridade do processo para a sua criação, desenvolvido entre 2002 e

2006, e a exemplaridade de uma verdadeira parceria entre a sociedade civil e os governos. Pela primeira vez, a ONU abriu suas portas para ouvir a voz dos destinatários da convenção, permitindo que influenciassem as discussões e decisões em todas as etapas. A colaboração ativa entre representantes diplomáticos, especialistas e a sociedade civil, incluindo a notável participação do governo e sociedade brasileiros, resultou em negociações maduras e progressistas. O sucesso desse processo marcou uma transformação significativa na ONU, ao valorizar e integrar as perspectivas daqueles que costumam estar à margem dos debates.

Essa CDPD, juntamente com o seu Protocolo Facultativo, foram internalizados no país por meio do Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009. Vale ressaltar que este foi o primeiro episódio em que um tratado internacional de direitos humanos passou a integrar a ordem jurídica interna dotado do *status* de norma constitucional em dupla dimensão, material e formalmente constitucional, devido à sua submissão ao procedimento previsto no § 3º do art. 5º da CRFB/88.

Logo no seu art. 1º, é enunciada a finalidade da Convenção, ressaltando de forma expressa como os destinatários da sua tutela: “todos as pessoas com deficiência”. Cabe frisar, ainda, a complementação trazida no mesmo pelo dispositivo, para consignar o aspecto “mental” da personalidade como também compreendido na categoria de deficiência, afastando assim qualquer eventual dúvida que pudesse surgir na atividade interpretativa.

Artigo 1

Propósito

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (ONU, 2006 – tradução nossa).

Nogueira (2008, p. 27) aponta que “o legislador internacional preocupou-se mais com a garantia de que pessoas com deficiência possam gozar dos direitos humanos e de sua liberdade fundamental, do que propriamente em instituir novos direitos”. Essa ênfase no exercício equitativo de direitos revela que não se pode suprimir o gozo de direitos à pessoa com deficiência comparativamente a qualquer outra pessoa, o que caracterizaria uma discriminação baseada na forma particular de ser. Acrescido a isso, por outro lado, é primordial instrumentalizar meios para criar as condições necessárias que compensem as desigualdades

concretas de cada caso, nivelando conseqüentemente as posições diferenciais, como processo superador de barreiras de diversas naturezas impostas socialmente à pessoa com deficiência, visando a efetivação da dimensão material do princípio da igualdade.

No que se refere às condições ambientais e à forma de tratamento a ser dispensado à pessoa no cumprimento de uma medida de segurança, é fundamental destacar os princípios gerais estabelecidos no art. 3º da CDPD, como: "a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas; b) A não-discriminação; c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade" (ONU, 2006 – tradução nossa). Comentando acerca do aspecto de participação social, Ana Rita de Paula (2008, p. 32) aduz que "o princípio da busca da participação plena é particularmente importante e deve começar na família, difundindo-se para todos os outros espaços socioculturais e políticos, inclusive nas instituições e serviços de atendimento à população". Para a autora (2008, p. 32), "o conceito de 'inclusão' refere-se ao processo de construção de uma sociedade para todos, e, portanto, os alvos de transformação são os ambientes sociais e não a pessoa. Assim, o termo inclusão não deve ser usado como sinônimo de inserção ou integração".

Também merece destaque em relação à CDPD, as obrigações impostas aos Estados aderentes, que se constituem, entre outras, nas seguintes:

Artigo 4

Obrigações gerais

1. Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados Partes se comprometem a:

- a) Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção;
- b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência;
- c) Levar em conta, em todos os programas e políticas, a proteção e a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência; (ONU, 2006 – tradução nossa).

Como se observa do item 1 do artigo 4, ao aderir ao tratado internacional, o Estado brasileiro se comprometeu "a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação com base na sua deficiência" (ONU, 2006 – tradução nossa). Para alcançar tal finalidade, se obrigou também a adotar medidas estatais de todas as naturezas para efetivar

a tutela da norma protetiva internacional (art. 4, item 1, *a*). Nesse sentido, não se sustenta a frontal discriminação que ainda se faz no plano legislativo nacional, relativamente à manutenção do regime das medidas de segurança para a pessoa com deficiência mental selecionada pelo direito penal, comparativamente àquela outra pessoa sob a mesma condição de deficiência mental mas que não, ou ainda não, fora selecionada pela malha da justiça criminal. Essa discriminação, inclusive, é fator proibido expressamente pela CDPD em diversas de suas passagens, como repetido no art. 5, item 2, ao dispor que os Estados “garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo” (ONU, 2006 – tradução nossa), demonstrando com isso a preocupação internacional para que os Estados-partes não imponham por si próprios qualquer forma de discriminação negativa e, além disso, para que ajam de modo preventivo buscando evitar eventual ocorrência discriminatória.

Dada a realidade histórica do ambiente manicomial no país, assim como as condições presentes dos HCTPs que incidem sobre a pessoa com deficiência em cumprimento da medida de segurança de internação, a previsão da CDPD relativa à prevenção e combate à tortura emite uma potente proclamação desautorizadora à persistência existencial do MJ.

Artigo 15

Prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes

1. Ninguém será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. Em particular, ninguém será submetido, sem seu livre consentimento, a experimentação médica ou científica.
2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas legislativas, administrativas, judiciais ou outras medidas eficazes para impedir que pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais, sejam submetidas a tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes (ONU, 2006 – tradução nossa).

Outra dimensão da problemática, tão cara ao movimento antimanicomial, diz respeito ao dever estatal de envidar máximo esforço na promoção da autonomia da pessoa com transtorno mental. Logicamente, pela proibição de imposição de tratamento discriminatório, como já discutido anteriormente, inclui-se nessa tutela também aquela pessoa com a deficiência e selecionada pelo direito penal, devendo ser assegurado a ela que mantenha uma convivência social e comunitária com a máxima independência possível. Nesse desiderato, prevê a CDPD:

Artigo 19

Vida independente e inclusão na comunidade

Os Estados Partes na presente Convenção reconhecem o direito igual de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com escolhas iguais às

dos demais, e tomarão medidas eficazes e apropriadas para facilitar o pleno gozo deste direito pelas pessoas com deficiência e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

- a) As pessoas com deficiência têm a oportunidade de escolher o seu local de residência e onde e com quem vivem em igualdade de condições com as demais pessoas e não são obrigadas a viver num determinado arranjo de vida;
- b) Pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio domiciliar, residencial e outros serviços comunitários, incluindo assistência pessoal necessária para dar suporte à vida e à inclusão na comunidade e para evitar o isolamento ou a segregação da comunidade;
- c) Os serviços e instalações comunitários para a população em geral estejam disponíveis em igualdade de condições para pessoas com deficiência e sejam adequados às suas necessidades (ONU, 2006 – tradução nossa).

Sasaki (2008, p. 73) aponta que essa convivência comunitária, como verdadeiro direito, “foi reconhecido em inúmeros documentos internacionais, pressionando governos e sociedades civis a fechar instituições terminais e a prover, pessoas com deficiência [...], com os meios necessários para que elas pudessem viver com dignidade na comunidade aberta”. Desse modo, como demarcado pelo autor (2008, p. 73), é obrigação do Estado-parte “tomar medidas que facilitem às pessoas com deficiência o pleno desfrute do direito de viver na comunidade e de fazer escolhas, bem como a sua inclusão e participação na comunidade”.

Relativamente a essa imbricação e interdependência dos direitos de convivência comunitária, preservação e promoção da autonomia pessoal e o tratamento sob a perspectiva do atendimento integral à saúde e os correspondentes deveres e prestações estatais, como sustentado no espírito tutelar protetivo da CDPD, sustenta Romeu Sasaki, que

Os Estados Partes também se obrigam a garantir às pessoas com deficiência o acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio. Esta medida inclui os serviços que forem necessários como apoio para que pessoas com deficiência possam viver, com autonomia, na comunidade. A autonomia consiste no domínio da funcionalidade no ambiente. Executar atividades da vida diária, ir e vir nos espaços internos e externos, utilizar transportes, manusear equipamentos, ferramentas [...] (Sasaki, 2008, p. 74).

Contrariamente às condições e ao ambiente manicomial geral e do MJ, a previsão do artigo 26 revela que o lema sustentado pelo movimento antimanicomial: “a liberdade é terapêutica”, outrora inspirado apenas sob um postulado ético e humanizador visando reorientar a forma de tratamento e cuidados aos pacientes, com o advento da CDPD, reemerge dotado com maior força de alteração da realidade, pois revestido da imperatividade direcionada aos Estados-partes. Isso porque, ao passar a contar com o *status* jurídico-normativo de repercussão

internacional, impõe-se a obrigatoriedade da promoção de uma verdadeira revolução político-jurídica desinstitucionalizadora.

Artigo 26

Habilitação e reabilitação

1. Os Estados Partes tomarão medidas efetivas e apropriadas, inclusive por meio de apoio de pares, para permitir que pessoas com deficiências alcancem e mantenham a máxima independência, plena capacidade física, mental, social e vocacional, e plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Para esse fim, os Estados Partes organizarão, fortalecerão e estenderão serviços e programas abrangentes de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais, de tal forma que esses serviços e programas:

- a) Iniciam-se o mais precocemente possível e baseiam-se na avaliação multidisciplinar das necessidades e dos pontos fortes individuais;
- b) Apoiar a participação e a inclusão na comunidade e em todos os aspectos da sociedade, ser voluntário e estar disponível para pessoas com deficiência o mais próximo possível de suas próprias comunidades, inclusive em áreas rurais.

2. Os Estados Partes promoverão o desenvolvimento de formação inicial e contínua para profissionais e pessoal que trabalhe em serviços de habilitação e reabilitação.

3. Os Estados Partes promoverão a disponibilidade, o conhecimento e o uso de dispositivos e tecnologias de assistência, projetados para pessoas com deficiência, no que se refere à habilitação e reabilitação (ONU, 2006 – tradução nossa).

Na esteira do pensamento de Goffman sobre os asilos, especialmente no que diz respeito à “mortificação do eu” com seus prejuízos inerentes e inafastáveis causados pela internação, repercutindo de forma nefasta sobre a personalidade do paciente, constata-se à luz da CDPD e demais diplomas correlatos, o reconhecimento pela comunidade internacional de que, ao se considerar prioritariamente o aspecto da saúde do paciente sobre qualquer outro, o modo mais adequado de tratamento à pessoa com doença mental é aquele realizado em âmbito aberto e comunitário, pois preserva os laços familiares e sociais, o trabalho, o lazer, as amizades e os afetos, tanto quanto possível, promovendo a autonomia individual. Além disso, assegura que o cidadão fique livre das inúmeras formas de violências e opressão, as quais encontram nos manicômios um espaço de invisibilidade propício para sua ocorrência.

3.2.2 *Standards* nacionais: a humanização do tratamento que não o humaniza na medida de segurança

A LRP, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001), trata-se de um

produto resultante dos mais variados debates, em relação aos quais restou vencida a tendência mantenedora do modelo hospitalocêntrico. A sua redação final, como asseverado por Delgado (2011, p. 117), “teve mais aperfeiçoamentos do que danos ao longo da negociação no Congresso”, na medida em que incorporou “a orientação geral da Resolução das Nações Unidas de 1991”. Fundamentalmente, ela informa a adoção de uma política pública edificada sob a perspectiva dos “direitos, específicos e difusos, e na cidadania plena dos pacientes”, em contraposição aos normativos anteriores que se alicerçavam no discurso de defesa social (Delgado, 2011, p. 117).

A despeito de ainda restar precária a implantação nos moldes e na amplitude necessários, conforme pretendidos pela opção legislativa⁶⁹, sobretudo no que tange à concretização capilarizada por todo o território nacional da rede psicossocial substitutiva, um fato incontestado da LRP é que ela estabelece, de forma peremptória, impedimento à internação prolongada. Nessa linha, a internação é admitida de forma excepcional, só podendo ser empregada como o último recurso à disposição, e que se dê de forma temporária em instituições não dotadas de características asilares. Essa compreensão positivada obsta o surgimento de novos casos da “mortificação do eu”, correspondendo a coibir que novos cidadãos brasileiros, como os dos inúmeros outros casos que se passaram na história recente da internação psiquiátrica brasileira, sejam mantidos invisibilizados, segregados e excluídos na internação por longo período, quando não de forma perpétua até a chegada da morte, fato que, muitas vezes, foi artificialmente antecipada pelas condições aviltantes e desumanas impostas.

Sem prejuízo da importância da política instituída, passados mais de vinte e três anos desde sua edição como instrumento central da política de atenção em saúde mental no âmbito do SUS, a LRP é, em ampla medida, quando não completamente, sonegada para o paciente com deficiência mental que foi selecionado pelo sistema de justiça criminal (Caetano, 2019). Há também de se observar que o legislador instituidor da política pública, em momento algum fez qualquer menção como discriminação específica, para ressaltar que suas disposições não se aplicariam nesse contexto. Ao revés, fez, sim, previsão proibitória à discriminação.

⁶⁹O objeto do trabalho diz respeito ao ambiente do MJ no estado do Amazonas. Nessa medida, a proposta de “desconstrução” da EP, leva(ria) necessariamente ao atendimento dos pacientes de justiça à rede SUS estabelecida no território, de forma exatamente igual como legalmente garantida para qualquer outro cidadão com transtorno mental, pautado na política instituída que adota o paradigma antimanicomial. Assim, a fim de não fugir ao escopo do trabalho, ligado à desautorização de existência da EP, mas não se furtando ao conhecimento da precariedade da política de saúde mental no estado, e já havendo laboriosa pesquisa demonstrando por meio de evidências essa situação de precarização da política pública de saúde mental no Amazonas, indica-se para aprofundamento a tese de doutorado de Gláucia Maria de Araújo Ribeiro (2022): “Políticas públicas baseadas em evidências na área da saúde mental: uma releitura das capacidades estatais técnicas, burocráticas e políticas, em especial na região do Amazonas”. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/52062>.

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 (Brasil, 2001, grifo nosso).

Da análise do texto, verifica-se expressar, em genuíno compasso com o comando do art. 3º, inciso IV da CRFB/88⁷⁰, a norma de que os direitos e garantias previstos na lei, destinados a proteger o grupo formado pelas pessoas acometidas por transtorno mental, inadmite qualquer forma de discriminação. Pode-se observar que, após relacionar diversas condições específicas não permissíveis de afastamento da tutela jurídica, sob a mesma forma expressa, insistiu-se em reafirmar que, além delas, nenhuma outra condição ligada à pessoa é apta a retirar a incidência das disposições do diploma legal, bastando se tratar o caso de um cidadão com transtorno mental. Daí a afirmar a proibição de tratamento discriminatório entre os cidadãos, seja entre aqueles com transtorno mental em face dos “normais”, seja internamente dentre aqueles que integram a categoria social dos “anormais” pelo diagnóstico psiquiátrico.

Nessa perspectiva, há de se ressaltar que, relativamente à pessoa sobre a qual se impôs uma medida de segurança, assim apenas se deu pela condição prévia comprobatória do acometimento de um transtorno mental sobre ela. Desse modo, é imperioso enfatizar que antes de ser um “louco infrator”, esse cidadão é simplesmente um “louco”, tal qual qualquer outro “louco” que a lei assegura o *status* jurídico protetivo da cidadania. Portanto, não havendo qualquer exceção legal autorizativa, aquele é também titular de toda a gama de direitos e a forma de cuidados e tratamento dispensada a qualquer outra pessoa com transtorno mental que não – ou ainda não – tenha praticado um fato socialmente identificado como “anormal” e ilícito.

A esse respeito, leciona Salo de Carvalho que

não se vislumbra qualquer motivo que justifique tratamento diferenciado entre usuários comuns dos serviços de saúde mental aqueles que praticaram delitos. Com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, independentemente da via de acesso aos serviços de saúde mental (internação voluntária, involuntária ou compulsória), o tratamento prestado deve ser equânime e regido pela lógica da desinstitucionalização (Carvalho, 2013, p. 530).

⁷⁰Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

[...]

IV - **promover o bem de todos, sem preconceitos** de origem, raça, sexo, cor, idade e **quaisquer outras formas de discriminação** (Brasil, 1988 – grifo nosso).

Por sua vez, complementarmente, Virgílio de Mattos elucida que

A norma legal infraconstitucional em vigor veda a internação como forma de tratamento permanente ou continuado, impondo-se - é curial - também àquele que, sendo portador de sofrimento ou transtorno mental, vê-se em conflito com a lei. São os próprios princípios constitucionais do devido processo legal e da ampla defesa, afastada a expressa vedação de penas de "caráter perpétuo" ou mesmo indefinida, uma vez que não mais existe espaço legal para considerar-se o isolamento como algum tipo de tratamento, que garantem o cuidado fora da possibilidade hospitalocêntrica (Mattos, 2015, p. 152-153).

Por seu turno, na mesma linha de compreensão, o MJ, como dito por Caetano (2019), está na ilegalidade desde 2001. A afirmação decorre do fato de que, como ainda não declarado pelo STF a não-recepção do regime penal da medida de segurança pela ordem constitucional de 1988⁷¹ – seguramente mais por falta de oportunidade pautada no princípio dispositivo que anima a inércia da função jurisdicional, pois é fato seguro que a CRFB/88 não prevê possibilidade de prisão sem culpa⁷² –, a LRP incide ao caso do cidadão considerado inimputável em razão do transtorno mental, o que, por conseguinte, impede sua internação manicomial. Consoante aduz o autor (2019, p. 133) “sendo a Lei 10.216/2001 de aplicação obrigatória em qualquer atendimento em saúde mental, os dispositivos – todos eles – devem ser observados mesmo na hipótese de internação psiquiátrica determinada como medida de segurança”.

A LRP instituiu nos incisos integrantes do art. 6º quais são as modalidades permissíveis de internação psiquiátrica⁷³, todas elas demandantes de prescrição médica circunstanciada

⁷¹O argumento de Haroldo Caetano, de que a CRFB/88 não recepcionou o regime penal da medida de segurança, não é isolado, sendo acompanhado por outros autores, como Virgílio de Mattos (2015, p. 152) para quem, mesmo anteriormente à “promulgação da Lei no 10.216/01, com base em uma necessária e adequada leitura do princípio constitucional da igualdade aplicado aos portadores de sofrimento ou transtorno mental, já se alertava para a construção segundo a qual a medida de segurança, tal como concebida no Código Penal brasileiro, em seu artigo 26, e até então praticada, não poderia encontrar amparo na ordem constitucional que fora inaugurada em 5 de outubro de 1988. O artigo 26 não fora recepcionado na nova constituição, por ser nela inadmissível a prisão perpétua, supostamente aplicada ‘em defesa da sociedade’, violando, na realidade, os direitos mais elementares de qualquer membro da sociedade sobre o qual pairasse a indicação de ser portador de sofrimento mental”.

⁷²Relativamente à ausência de uma definição segura acerca da natureza jurídica da medida de segurança, decorrente de estímulo disseminado como produto de uma cômoda e deliberada cegueira seletiva, promovida por meio de um malabarismo atécnico e obscuro estabelecido no campo do Direito com a finalidade de negar a caracterização de uma sanção penal, portanto, com o caráter de retributividade, apresenta-se a reflexão lúcida e crítica elaborada por Paulo Jacobina (2004, p. 83), em tom de denunciativo do engodo, a dizer que “pela inércia que acomete a prática judicial, aprendemos e ensinamos, na formação jurídica, a ‘curiosidade’ de que o nosso direito conhece uma ‘sentença absolutória atípica’, que determina que não há como considerar o réu culpado (por não reconhecer-lhe sanidade) absolvendo-o, mas aplicando-lhe uma sanção penal. Qual o fundamento disso? O único fundamento seria imaginar que a medida de segurança não é uma sanção penal, mas coisa diversa. Caso contrário, esbarrar-se-ia numa inconstitucionalidade. Mas que coisa diversa seria essa, não se sabe.

⁷³Art. 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;

acerca dos motivos ensejadores, independentemente se tratar o episódio de internação voluntária, internação involuntária ou internação compulsória. Relativamente à última espécie, o art. 9º assenta que “a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente” (Brasil, 2001). A esse respeito, como lembra Caetano (2019, p. 132), a legislação atual traz a previsão da internação psiquiátrica por ordem do juiz, ou seja, a modalidade da internação compulsória “em apenas duas hipóteses: a-) como medida de segurança aplicada nos termos do art. 97 do Código Penal; e, b-) como medida cautelar alternativa à prisão, conforme prevista no art. 319, inciso VII, do Código de Processo Penal”.

Essa forma interpretativa é por si só reveladora de que, ao tratar sobre o regime de internação compulsória, a LRP revogou o regime jurídico da medida de segurança e, respectivamente, a possibilidade jurídica de internação no HCTP. Para a mesma finalidade de sustentar a revogação do regime jurídico-penal institucionalizador, pode-se ainda acrescer a consideração do critério hermenêutico-interpretativo da temporalidade na sucessão de normas, ou seja, a de que a norma posterior revoga a anterior naquilo que com ela for incompatível, mesmo quando não declarado expressamente, como dispõe o art. 2º, § 1, do Decreto-Lei nº 4.657/1942⁷⁴ – Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB). Em linha com esta conclusão, advogam, entre outros, Jacobina (2004), Reis Júnior (2020) e Roig (2018)⁷⁵. Este ainda sustenta a incidência do princípio *pro homine*⁷⁶ para aduzir que toda interpretação da legislação penal sobre a questão, a partir da LRP, deve passar por uma imprescindível filtragem desta.

O simples recurso aos métodos interpretativos é suficiente para confirmar a revogação aventada. No entanto, a atecnia legiferante que impera no espaço legislativo brasileiro, notadamente no que diz respeito à sucessão temporal de normas, não deve ficar imune às devidas críticas. Nesse contexto, a ciência legística⁷⁷, sob sua perspectiva formal, se encarrega

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 (Brasil, 2001).

⁷⁴Art. 2º Não se destinando à vigência temporária, a lei terá vigor até que outra a modifique ou revogue.

§ 1º A lei posterior revoga a anterior quando expressamente o declare, quando seja com ela incompatível ou quando regule inteiramente a matéria de que tratava a lei anterior (Brasil, 1942).

⁷⁵Paulo Queiroz (2012, p. 521) apesar de não concordar com a tese da revogação, aduz que a LRP, “expressamente aplicável às medidas de segurança, que as chama de internação compulsória (arts. 6º, III, e 9º), trouxe importantes modificações a exigir uma releitura do Código Penal e da Lei de Execução Penal”.

⁷⁶André Ramos (2019, p. 134) ensina que o “princípio da interpretação *pro homine* origina-se do regime objetivo dos tratados internacionais de direitos humanos”, criando “uma verdadeira *ordre public* internacional, impondo deveres em prol da proteção do ser humano. Destarte, toda obrigação internacional de respeito aos direitos humanos não pode ser interpretada restritivamente em prol dos Estados, mas, sim em prol do destinatário da proteção internacional de direitos humanos, ou seja, o indivíduo”.

⁷⁷Fabiana Soares (2013, p. 158) alude que “preocupação com a qualidade da legislação, do aumento do seu nível de eficácia, foi expressa numa grande quantidade de estudos, políticas de boa legislação, desenvolvimento de metodologias e de sistemas de tecnologia da informação a serviço da atividade de legislação (*legimática*)”.

de denunciar a falta de otimização e inteligibilidade dos textos legais. Essa falha impacta o processo interpretativo necessário, tanto para os profissionais do Direito, que devem ter uma compreensão aprofundada das normas, quanto, e ainda mais crucialmente, para os cidadãos comuns, que são os principais interessados no seu adequado conhecimento, considerando constituírem-se como destinatários tanto individual como coletivamente dos comandos normativos emanados e regentes de todo o corpo social que integram. Assim:

Propõe-se que, diante da falta de coerência dos sistemas normativos modernos – problema agravado sobremaneira pela atual fase de intensa proliferação legislativa – a Legística seja chamada a propor técnicas para a racionalização do padrão e do ritmo de produção de normas jurídicas. Tornando-se um instrumento da gestão pública, a Legística e o Planejamento Legislativo poderão colaborar decisivamente na ampliação do conhecimento e da internalização social do Direito (Soares, 2007, p. 125).

Ademais, não pode ser esquecido o fato de que, a promulgação do Decreto nº 6.949/2009 para internalizar a CDPD e seu Protocolo Facultativo, também embasou a posterior edição da Lei nº 13.146/2015 – Estatuto da Pessoa com Deficiência (EPD) –, proporcionando um verdadeiro reforço normativo para não se permitir a discriminação do doente mental em conflito com a lei penal comparativamente ao tratamento dispensado a outro enfermo mental não implicado com o sistema criminal. O art. 4º do EPD dispõe que “toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação” (Brasil, 2015). Complementa o § 1º do mesmo dispositivo, ser considerada “discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência” (Brasil, 2015).

Há de se recordar, também, o *status* de norma constitucional – formal e material – que envolveu a internalização da CDPD pelo Decreto nº 6.949/2009, em razão de se ter seguido previamente o procedimento do § 3º do art. 5º da CRFB/88. Portanto, tratando-se de norma constitucional em sua dupla dimensão, integra o bloco de constitucionalidade⁷⁸ e, por essa razão, nenhuma outra norma infraconstitucional pode contrariar suas disposições, sob pena de

⁷⁸Flávia Piovesan (2021) adota o entendimento de que todos os tratados internacionais de direitos humanos de que o Brasil seja signatário integram o bloco de constitucionalidade, constituindo cada qual, portanto, verdadeiro parâmetro para o controle de constitucionalidade. Entretanto, há de se ressaltar que o posicionamento do STF é diverso, limitando o parâmetro para a aferição de compatibilidade vertical às normas formalmente constitucionais. Nessa concepção, apenas o texto da CRFB/88 e os tratados internacionais de direitos humanos submetidos ao ritual do art. 5º, § 3º em equivalência às ECs integram o bloco de constitucionalidade (Munhoz, 2023).

caracterização da inconstitucionalidade substancial (Munhoz, 2023). Nessa imbricação, também por questão de hierarquia normativa, as disposições do regime jurídico penal hospitalocêntrico, contrárias às da CDPD, não de não resistir à uma crucial filtragem constitucional.

Basicamente, as razões apresentadas confirmam a inadmissibilidade pelo ordenamento jurídico pátrio, da imposição discriminatória que ainda persiste na prática em várias regiões do Brasil, incluindo o Estado do Amazonas, no que se refere ao tratamento jurídico diferenciado e, conseqüentemente, ao tratamento de saúde dispensado aos cidadãos com transtorno mental, dependendo se estes cometeram um fato tipificado como ilícito penal. Como se pode inferir, não é a falta de instrumentos normativos que impede a transformação prática da realidade social, mas sim, como ressalta Maria Rita do Nascimento, uma cultura institucionalizadora que paralisa a concretização do aparato legal, ainda enraizada na práxis judiciária.

Nas palavras da autora:

A problemática dos manicômios não envolve apenas uma questão de melhor técnica científica a ser empregada para a cura do paciente. A existência de manicômios é permitida (ou não) por leis e pela moral da sociedade onde eles podem ser encontrados. Assim, para desconstrução dos manicômios se faz necessário abolir crenças e saberes, inclusive, jurídicos que reforçam a lógica manicomial (Nascimento, 2023, p. 77).

Nessa perspectiva, parte-se da premissa de que a LRP, por direito, também se aplica ao 'louco infrator' e, conseqüentemente, desautoriza a existência do MJ, cujo ambiente, em regra, não se adequa aos parâmetros da norma, que tem como diretriz e finalidade “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais” (Brasil, 2001). Desse modo, a tutela protetiva diferenciada destinada ao grupo de cidadãos com transtorno mental em relação aos 'normais', ou, como afirma Mattos (2015, p. 151-152), “o que agora se exige, por força de lei, em relação ao portador de sofrimento ou transtorno mental é o direito constitucional à igualdade na diferença”, não admite tratamento diferenciado e discriminatório dentro da própria categoria minoritária, sendo todos os seus integrantes destinatários da proteção.

Para uma melhor compreensão dos direitos sonogados ao cidadão submetido à medida de segurança, apresentar-se-ão algumas das principais disposições legais da LRP que, “de fato”, deixam de maneira discriminatória de tutelar tais pacientes.

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 (Brasil, 2001).

Como apontado por Delgado (2011, p. 117), no conjunto de dispositivos que o integram, “o artigo 2º elenca nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário”. Assim, o tratamento a ser levado a cabo nos equipamentos comunitários, previsto no inciso IX, apresenta a tônica e o ponto inicial, constituindo genuína condição de possibilidade para a efetivação de todos os demais direitos elencados nos incisos precedentes. O tratamento no território, prestado de forma integrada entre as redes do SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como nos CAPS, Centros de Convivência, Residências Terapêuticas, proporciona atendimento integral às necessidades individualizadas de cada paciente, promovendo o contato com a sociedade e manutenção dos laços de afetividade, como instrumentos para a manutenção e desenvolvimento das capacidades e autonomia possíveis.

A preferência pelo tratamento extramanicomial no território, conforme exposto no inciso IX do art. 2º, não está desvinculada de outras previsões protetivas que, em regra, impedem a internação psiquiátrica, admitindo-a apenas em casos extremamente excepcionais e sob certas condições. A primeira delas, prevista no art. 6º, estabelece que a internação só pode ocorrer mediante prescrição médica prévia, devidamente motivada de forma circunstanciada. As demais condições estão identificadas no art. 4º:

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 (Brasil, 2001).

Como se verifica do texto legal, independentemente da modalidade de internação psiquiátrica dentre as admitidas em lei, demanda-se a demonstração de que os recursos da rede de assistência psicossocial no território são insuficientes para o caso específico. Além disso, a “finalidade permanente” da internação é o da reinserção do paciente na sociedade, devendo todos os esforços serem envidados nesse sentido, impedindo que se permita a acomodação ou inércia nos casos modicamente dados como irreversíveis, obstando a internação perpétua ou de longa permanência. Também, para além dos recursos da psiquiatria, outros campos do saber devem ser inculcados na discussão e tratamento, por equipe multidisciplinar, a fim de tratar na integralidade as necessidades singulares apresentadas. Por fim, e aqui de suma importância ao objeto de estudo dessa pesquisa, é proibida a internação psiquiátrica em unidades com caracterização asilar, remetendo à definição de asilo, quando não cumpridos os requisitos relacionados no parágrafo único, do art. 2º – supratranscrito –, que trata dos direitos do paciente com transtorno mental.

Nessa linha, a internação, quando atendidas todas as condições legais para garantia da excepcionalidade do recurso extremo, dar-se-á não mais em qualquer tipo de hospício, mas em leito específico de hospital geral. Sobre esse aspecto, Fernando Tenório esclarece que

os leitos psiquiátricos em hospital geral costumam representar uma tendência de diminuição do tempo de permanência e, sobretudo, têm o sentido maior de romper com a cultura segundo a qual lugar de louco é no hospício. No entanto, se já foram consideradas em dado momento um elemento estratégico das transformações da assistência, as unidades psiquiátricas em hospital geral são vistas, hoje, como desempenhando um papel mais modesto, qual seja, o de compor uma espécie de retaguarda hospitalar para a rede de atenção psicossocial (na qual Caps e Naps têm o papel estratégico central) (Tenório, 2002, p. 45).

Como se pode verificar dos dispositivos já apresentados, a política pública instituída sob o eixo central da LRP obsta, peremptoriamente, qualquer internação psiquiátrica em hospícios, manicômios e congêneres, dada suas características eminentemente asilares. Essa vedação normativa, estabelecida com o escopo de erradicar o hospitalocentrismo psiquiátrico como modelo de trato com a saúde mental, não se restringiu, no entanto, apenas aos casos de internações supervenientes à norma, prevendo ela também, uma política desinstitucionalizadora dos pacientes que já se encontravam institucionalizados.

Nesse sentido, o art. 5º, cuidou expressamente que

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 (Brasil, 2001).

O quadro da tutela jurídico-legislativa instaurado com a LRP, que positivou direitos específicos às pessoas com doença mental, visa, com isso, reconhecer e assegurar a inserção do paciente na acepção categórica mais ampla da cidadania. O objetivo final, assim, é fomentar o desenvolvimento das capacidades e a autonomia pessoais, por intermédio da implementação de prestações instrumentárias que admitam e possibilitem a concretização das respectivas posições jurídicas ao indivíduo enquanto conseqüências ao estado de cidadão. Entretanto, como aduzem Fernanda Brisset e Regina Juncal (2018, p. 441-443), resultado das lutas antimanicomiais, a reforma psiquiátrica instituída com a LRP “ainda é pouco assimilada” para a devida aplicação quando se trata “dos designados ‘loucos infratores’”, salvo algumas práticas ainda esparsas, como do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário do Tribunal de Justiça de Minas Gerais (PAI-PJ) e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator de Goiás (PAILI). De fato, como impera em diversos Estados, assim como no Amazonas, a aplicação da política pública específica quando na intersecção da loucura com a seleção criminal ainda é amplamente precária, perpetuando a existência do ambiente excludente e violador de direitos em que se consubstancia o MJ.

Não é por falta de instrumental técnico-jurídico, nem de algum estímulo vetorial para a aplicação da LRP no âmbito da medida de segurança, que os juízes com competência para gerir os destinos dos pacientes submetidos à medida de segurança poderiam se isentar da culpa por não concretizar, ainda hoje, a experiência do modelo instituído pelo legislador pátrio. Na abordagem sob o enfoque da legística, enfatizam Delley, Christin e Ledermann (2009), caracterizar-se como um problema, o fato ocorrente da falibilidade de uma norma positivada como lei em decorrência da carência de apoio das autoridades encarregadas da sua aplicação, fator esse que se constituiria como uma premissa fundamental para a respectiva efetividade social daquela.

Aliás, como aduzido por Norberto Bobbio acerca do quadrante pós-positivista,

a principal atividade do jurista não é mais a interpretação de um direito já construído, mas a pesquisa de um direito a ser construído, *in fieri*, não tanto a *convalidação*, com base em uma análise das fontes formais do direito que é, mas a *legitimação*, com base em princípios materiais de justiça, do direito que deve ser (Bobbio, 2007, p. 40).

A atitude esperada, e que seria consentânea ao papel institucional do Poder Judiciário, se caracterizaria, inclusive, pelo devido respeito ao povo, do qual “todo o poder emana”, na forma do art. 1º, parágrafo único, da CRFB/88, referente à representação conferida por ele ao legislador, que, por sua vez, fundado na vontade popular, legiferou a política pública de modelo desinstitucionalizador há mais de 23 anos, sem que dela o Judiciário, no campo de atuação que lhe cabe, tenha dado cumprimento de forma imediata e disseminada. Além disso, essa morosidade judicial como imposta, na linha da clássica doutrina da tripartição de poderes como discutida em “O espírito das leis” de Montesquieu (1996) e, a partir daí popularizada, denota um déficit de apreço também ao comando do art. 2º da CRFB/88.

Como já anteriormente enfatizado com a voz de Caetano (2019), o MJ é uma ilegalidade. Esse diagnóstico, contudo, não é fruto de autoria isolada, encontrando eco em diversas outras vozes, como a de Carvalho Netto e Mattos (2005, p. 25) para quem a “medida de segurança, a par de revelar-se instituto não passível de haver sido recepcionado na ordem constitucional de 1988, após o advento da Lei é, não somente ilegal, mas claramente inconstitucional”. Lamentavelmente, essa ilegalidade ainda se faz presente, de forma persistente e constante, em muitos estados do país, mantida pela passividade judiciária respectiva. Diante desse cenário, uma interpretação hermenêutica consistente reforça a necessidade de aplicação da reforma também a esse público mental-judiciário em todo o plano nacional, com urgência. Ao menos desde 2010, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) editou a Resolução nº 113/2010, a qual “Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências” (Brasil, 2010).

Embora essa Resolução não reconheça a revogação do regime jurídico penal da medida de segurança, explicita no art. 14 que, ao lado do regime jurídico previsto nas leis penais, a “medida de segurança será executada” também sob os termos “da Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001” (Brasil, 2010). De maneira ainda mais clara, o art. 17 induz expressamente à concretização do modelo antimanicomial consignado pela reforma psiquiátrica, ao determinar que “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomiais, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001” (Brasil, 2010).

Essa postura do CNJ, órgão integrante do Poder Judiciário na forma do art. 92, inciso I da CRFB/88 (Brasil, 1988), permite inferir um autorreconhecimento de ilegalidade no afastamento discriminatório da tutela especial prevista na LRP, a qual, de forma rotineira e via de regra, foi ou ainda é, a depender da unidade federativa, sistematicamente sonogada pelos juízes competentes aos pacientes judiciários na execução das medidas de segurança. Nesse estado de coisas, há de se recordar, com apoio em Brisset e Juncal (2018), o pioneirismo do PAI-PJ, que concretiza o programa da reforma psiquiátrica na medida de segurança desde o início dos anos 2000. Essa iniciativa isolada, embora louvável, também serve para demonstrar que não há, nem mesmo houve, qualquer óbice legal à disseminação de uma postura judiciária efetivadora de direitos humanos na forma determinada a partir do advento da LRP, que tenha obstado uma conduta mais garantista por parte da magistratura em escala nacional.

Ainda que externos ao Poder Judiciário, outros atores estatais de igual importância, há muito postulam pela postura judicial concretizadora de direitos. O Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) editou a Resolução nº 04, de 30 de julho de 2010, que recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança, contemplando previsão expressa para aplicação da LRP na execução da medida de segurança (art. 1º § 1º) e, ainda, instando para que na dilação temporal de mais uma década, o Poder Executivo em articulação com Judiciário, “implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário” (Brasil, 2010). Também, a PFDC/MPF, em 2011, elaborou o “Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais Psiquiátricos sob a perspectiva da Lei 10.216/2001”, formulando que a pessoa submetida a medida de segurança se constitui com um sujeito de saúde, e não da justiça criminal, concluindo com o posicionamento de extinção do HCTP (Brasil, 2011).

Retornando ao âmbito do Poder Judiciário, o CNJ, também em 2011, expediu a Recomendação nº 35/2011⁷⁹ que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos

⁷⁹**O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ)**, no uso de suas atribuições constitucionais e regimentais;

[...]

RESOLVE RECOMENDAR aos Tribunais que:

I – na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto;

II – a política antimanicomial possua como diretrizes as seguintes orientações:

a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;

b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;

pacientes judiciários e a execução da medida de segurança, citando no rol de seus considerandos, “a experiência exitosa de programas pioneiros no Brasil de atenção a pacientes judiciários adotando a política antimanicomial” (Brasil, 2011). Essa Resolução objetivou recomendar aos tribunais do país que, “na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto”, fazendo ainda expressa alusão à LRP (Brasil, 2011).

Mais recentemente, sob termos indutores mais incisivos voltados para induzir a adoção do programa desinstitucionalizador, o CNJ editou a Resolução nº 487/2023, que instituiu a “Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei nº 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança.” (Brasil, 2023a). Essa Resolução foi gestada no domínio da “Unidade de Monitoramento e Fiscalização de decisões e deliberações da Corte Interamericana de Direitos Humanos no âmbito do Conselho Nacional de Justiça” (UMF/CNJ), criada com a Resolução nº 364/2021⁸⁰ (Brasil, 2021).

-
- c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;
 - d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;
 - e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;
 - f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;
 - g) promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei no 10.216/2001;
 - h) manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motiva a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;
 - i) realização de perícias por equipe interdisciplinar.
- III – em caso de internação, ela deve ocorrer na rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário, com observância das orientações previstas nesta recomendação (Brasil, 2011).

⁸⁰Em 11 de janeiro de 2024, a Resolução nº 364/2021, que instituiu o UMF/CNJ, sofreu algumas alterações com a edição da Resolução nº 544/2024, dentre elas algumas relacionadas às atribuições dessa Unidade, destacando-se dentre outras consignadas no art. 2º: “VII – acompanhar a implementação de parâmetros de direitos fundamentais estabelecidos por decisões do Sistema Interamericano de Direitos Humanos envolvendo o Estado brasileiro; VIII – apoiar os órgãos do Poder Judiciário no cumprimento e implementação das decisões referidas no parágrafo único do art. 1º desta Resolução; IX – promover a divulgação e difusão dos tratados internacionais de direitos humanos em vigor no Brasil, da jurisprudência, dos relatórios e dos pronunciamentos dos órgãos do Sistema Interamericano de Direitos Humanos e dos órgãos de direitos humanos da Organização das Nações Unidas (ONU), que guardem relação com a proteção e a promoção de direitos humanos no Brasil; X – fomentar a cultura de direitos humanos e controle de convencionalidade em todas as instâncias do Poder Judiciário, instando a aplicação dos tratados de direitos humanos, da jurisprudência interamericana e do exercício do controle de convencionalidade; XI – apoiar os tribunais na criação de Unidades de Monitoramento e Fiscalização de decisões do Sistema Interamericano de Direitos Humanos locais (UMFs locais) visando ao fortalecimento do intercâmbio de informações e da adoção medidas para a implementação das decisões referidas no parágrafo único do art. 1º desta Resolução” (Brasil, 2021).

Essa Resolução nº 487/2023 nasceu como resultado específico de uma provocação realizada pela CorteIDH ao CNJ, enquanto órgão estatal brasileiro com privilegiada capacidade e aptidão para adotar medidas de apoio e cooperação, para, dentro de suas competências, contribuir com o Estado-parte ao qual integra no sentido de adimplir integralmente a sentença proferida no caso *Ximenes Lopes versus Brasil*, o que corresponde a dar cumprimento às obrigações internacionais voluntariamente assumidas, notadamente, em relação à garantia/obrigação convencional da não repetição da violação de direitos⁸¹ (Silva; Munhoz, 2023).

Silva e Munhoz (2023, p. 88), ao fazerem referência à relevância da iniciativa do CNJ em criar a UMF/CNJ, elencam que

A partir da atuação interna ao Poder que integra, cujos efeitos práticos irradiam também para outras esferas da administração e correspondem a avanço no processo de humanização do atendimento, tem-se a edição pelo CNJ da Resolução nº 487/2023 como um instrumento fundamental e pavimentador à implementação do novo modelo de assistência psicossocial para o tratamento das pessoas em sofrimento mental.

Essa Resolução constitui-se em vetor concretizador da Lei nº 10.216/2001 e dos padrões internacionais para o tratamento humanizado da saúde dos pacientes em sofrimento mental no país. Portanto, direciona o sentido da atuação estatal pautada na boa-fé visando dar cumprimento à obrigação imposta e, por consequência, efetivar a garantia da não repetição da violação de direitos humanos.

A Resolução nº 487/2023 do CNJ, portanto, constitui-se como um instrumento expresso e – espera-se – definitivo, contrário à manutenção da cultura jurisdicional excludente e segregacionista ainda vigente. Ela visa contornar a recalcitrância dos juízes competentes para a execução das medidas de segurança, consistente na negação de aplicação da LRP e, por consequência, à efetivação dos *standards* e obrigações internacionais voluntariamente assumidas pelo Estado brasileiro. Afigura-se univocamente clara da sua redação, a determinação desinstitucionalizadora decorrente do art. 18, primeira parte, no comando de que

⁸¹Ayala Corao (2007, p. 142 - tradução nossa) ensina que os Estados aderentes à CADH não podem “por razões de ordem interna, deixar de assumir a responsabilidade internacional já estabelecida”, complementando ainda, ao relembrar o “*Caso El Amparo*”, que “as obrigações convencionais dos Estados Partes vinculam a todos os poderes e órgãos do Estado”. Para esmiuçar tal lição, vale apresentar o pensamento de Carlos Andrade (2020, p. 83-84), ao ressaltar sobre a vinculação do Estado-parte às decisões da CorteIDH, na forma do art. 68.1 da CADH, acrescentando em conclusão, que elas “devem ser cumpridas pelo país por intermédio de todos seus poderes (Legislativo, Executivo e Judiciário) e do Ministério Público, por força do princípio da boa-fé (*pacta sunt servanda*)”, a fim de demonstrar que todos os órgãos de um Estado devem se empenhar com a obrigação assumida pelo ente soberano que integra, pois da ação ou omissão ilícita de qualquer ente interno é o Estado como um todo que está sujeito à condenação por violação às suas obrigações. Assim, o cumprimento das decisões internacionais também deve ser objeto de preocupação e ação, para final cumprimento adequado e devido, por cada qual e o somatório articulado dos órgãos e poderes nas respectivas esferas de possibilidades e competências.

“a autoridade judicial competente determinará a interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil, com proibição de novas internações em suas dependências” dentro de 6 meses após a sua publicação⁸² (Brasil, 2023a). A segunda parte do mesmo dispositivo, previu ainda, quanto ao destino dos MJs, “em até 12 (doze) meses a partir da entrada em vigor desta Resolução, a interdição total e o fechamento dessas instituições”⁸³ (Brasil, 2023a).

Em mero alinhamento à política pública instituída com a LRP, sem criar outros direitos ou obrigações com os termos da Resolução nº 487/2023, o CNJ peremptoriamente esclarece especialmente para os órgãos jurisdicionais iniciais, aqueles com a maior capacidade de alterar a realidade imposta, que a tutela legal devida a todo e qualquer cidadão com deficiência mental também deve ser efetivada aos cidadãos que cumprem medida de segurança. Essa interpretação se infere pela explicitação do art. 3º, que, além de tratar das diretrizes e princípios regentes da forma de tratamento, liga-os diretamente àqueles doentes mentais submetidos à justiça criminal.

Art. 3º São princípios e diretrizes que regem o tratamento das pessoas com transtorno mental no âmbito da jurisdição penal:

I – o respeito pela dignidade humana, singularidade e autonomia de cada pessoa;

II – o respeito pela diversidade e a vedação a todas as formas de discriminação e estigmatização, com especial atenção aos aspectos interseccionais de agravamento e seus impactos na população negra, LGBTQIA+, mulheres, mães, pais ou cuidadores de crianças e adolescentes, pessoas idosas,

⁸²Publicada no Diário de Justiça Eletrônico do CNJ nº 36, de 27 de fevereiro de 2023, p. 2-8. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/dje/djeletronico>.

⁸³Embora não haja nenhuma alteração no texto original da Resolução nº 487/2023, conforme versão disponibilizada para consulta no sítio virtual do CNJ (Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>), constata-se uma reportagem no mesmo portal, datada de 26 de fevereiro de 2024, pela qual se informa: “O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) estendeu em três meses o prazo para que tribunais e, conseqüentemente, estados e municípios adaptem seus sistemas à Política Antimanicomial do Poder Judiciário, instituída pela Resolução CNJ n. 487/2023. A data-limite para o fechamento de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil vence no dia 28 de agosto de 2024. A prorrogação do prazo foi aprovada, por unanimidade, no julgamento do Ato Normativo 0007026-10.2022.2.00.0000 pelo Plenário Virtual do CNJ. Com a decisão, a revisão dos processos judiciais e a interdição parcial desses estabelecimentos, com proibição de novas internações em suas dependências, deverão acontecer até a quarta-feira (28/2). (Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/politica-antimanicomial-estados-e-municipios-terao-mais-prazo-para-implementacao/>. Acesso em: 17 ago. 2024.) Por sua vez, outra reportagem mais recente na página virtual do órgão, de 20 de agosto de 2024, refere outra inovação dada pelo CNJ que “fixou, em 29 de novembro de 2024, a data-limite para que tribunais apresentem pedidos de prorrogação de prazos relacionados à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Por unanimidade, o Plenário do CNJ aprovou, nesta terça-feira (20/8), alteração pontual da Resolução CNJ 487/2023, que institui essa política. [...] Os pedidos de adiamento a serem solicitados pelos tribunais em articulação com os demais atores institucionais envolvidos na execução local da Política devem apresentar a fundamentação que comprove a necessidade do prazo adicional, a descrição das ações pendentes e o cronograma relativo à prorrogação pleiteada, com as etapas previstas e os respectivos responsáveis” (Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/tribunais-poderao-solicitar-mais-prazo-para-implementar-politica-antimanicomial/>. Acesso em: 17 ago. 2024).

convalescentes, migrantes, população em situação de rua, povos indígenas e outras populações tradicionais, além das pessoas com deficiência;

III – o devido processo legal, a ampla defesa, o contraditório e o acesso à justiça em igualdade de condições;

IV – a proscrição à prática de tortura, maus tratos, tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes;

V – a adoção de política antimanicomial na execução de medida de segurança;

VI – o interesse exclusivo do tratamento em benefício à saúde, com vistas ao suporte e reabilitação psicossocial por meio da inclusão social, a partir da reconstrução de laços e de referências familiares e comunitárias, da valorização e do fortalecimento das habilidades da pessoa e do acesso à proteção social, à renda, ao trabalho e ao tratamento de saúde;

VII – o direito à saúde integral, privilegiando-se o cuidado em ambiente terapêutico em estabelecimentos de saúde de caráter não asilar, pelos meios menos invasivos possíveis, com vedação de métodos de contenção física, mecânica ou farmacológica desproporcional ou prolongada, excessiva medicalização, impedimento de acesso a tratamento ou medicação, isolamento compulsório, alojamento em ambiente impróprio e eletroconvulsoterapia em desacordo com os protocolos médicos e as normativas de direitos humanos;

VIII – a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extrahospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos;

IX – a articulação interinstitucional permanente do Poder Judiciário com as redes de atenção à saúde e socioassistenciais, em todas as fases do procedimento penal, mediante elaboração de PTS nos casos abrangidos por esta Resolução;

X – a restauratividade como meio para a promoção da harmonia social, mediante a garantia do acesso aos direitos fundamentais e a reversão das vulnerabilidades sociais;

XI – atenção à laicidade do Estado e à liberdade religiosa integradas ao direito à saúde, que resultam na impossibilidade de encaminhamento compulsório a estabelecimentos que não componham a Raps ou que condicionem ou vinculem o tratamento à conversão religiosa ou ao exercício de atividades de cunho religioso; e

XII – respeito à territorialidade dos serviços e ao tratamento no meio social em que vive a pessoa, visando sempre a manutenção dos laços familiares e comunitários (Brasil, 2023a – grifo nosso).

É conferível ainda pelo texto, que não vige a eleição da modalidade da medida de segurança pautada na generalidade da natureza da pena – reclusão ou detenção –, como sói do regime previsto na legislação penal, mas aquela fundamentada em prescrição multiprofissional, da qual a internação somente é cabível quando imprescindível ao contexto pessoal de saúde do paciente – e não da defesa social –, e que as medidas menos restritivas tenham sido esgotadas,

e, ainda, apenas podendo perdurar essa segregação social pelo período estritamente necessário ao redirecionamento do cidadão à rede de serviços no território.

Há de se sublinhar, também, a participação dos profissionais de campos multifacetados (além do próprio indivíduo e familiares⁸⁴⁻⁸⁵) para subsidiar o juízo quanto ao tratamento individualizado mais indicado às necessidades e interesses de cada paciente, não podendo o magistrado se limitar, em qualquer caso, para a tomada de decisão na relação processual, amparado exclusivamente na perspectiva do saber psiquiátrico⁸⁶.

Art. 11. Na sentença criminal que imponha medida de segurança, a autoridade judicial determinará a modalidade mais indicada ao tratamento de saúde da pessoa acusada, considerados a avaliação biopsicossocial, outros exames eventualmente realizados na fase instrutória e os cuidados a serem prestados em meio aberto.

Parágrafo único. A autoridade judicial levará em conta, nas decisões que envolvam imposição ou alteração do cumprimento de medida de segurança, os pareceres das equipes multiprofissionais que atendem o paciente na Raps, da EAP ou outra equipe conectora (Brasil, 2023a).

A Resolução do CNJ em questão, não se trata – como nem poderia, por sua infralegalidade no âmbito do ordenamento jurídico pátrio –, de nada a mais que um simples vetor de indução ao cumprimento da política pública, formalmente instituída há mais de vinte e três anos. Então, há de se questionar por qual motivo a LRP não fora materializada pelos juízes com competência na execução das medidas de segurança anteriormente, em mais de duas décadas? Ou ainda pior, por que alguns estados – a maioria deles, como ainda veremos – com contrariedade à CRFB/88 e aos padrões e obrigações internacionais nos cuidados devidos com

⁸⁴O Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização do MS (Brasil, 2007, p. 40-41) apresenta o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário [...] o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação [...]”, a ser executado por etapas: (i) diagnóstico; (ii) definição de metas; (iii) divisão de responsabilidades; (iv) reavaliação.

⁸⁵Nesse particular, a Resolução no art. 2º inciso VI define o PTS como “o conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou comunidade, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e centrado na singularidade da pessoa em tratamento, de modo a contribuir para a estratégia compartilhada de gestão e de cuidado, possibilitando a definição de objetivos comuns entre equipe e sujeito em acompanhamento em saúde”.

⁸⁶A esse respeito, o Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023 (Brasil, 2023b, p. 69) acresce: “A singularidade do olhar sobre o caso concreto também requer que a trajetória de vida da pessoa seja considerada em intersecção com **marcadores sociais da diferença, como raça, gênero e classe**, que se apresentam em constante interação, posto que a produção subjetiva se dá em conexão com as relações sociais e experiências de vida concretas. Portanto, **a argumentação das decisões judiciais deve refletir o objetivo de garantia de atenção integral à saúde dessas pessoas**, em referência ao arcabouço normativo que trata do tema, e a observância das necessidades apresentadas no campo da saúde mental e demais direitos sociais”.

esse público, ainda permitem constituir para alguns brasileiros uma categoria de subcidadania, sem adoção das suas necessárias obrigações também nessas mais de duas décadas?

Se anteriormente buscamos questionar, sem sucesso, alguma razão para a desigualdade de tratamento entre o deficiente mental e o deficiente mental selecionado pelo sistema de justiça penal, agora também se escancara mais uma aberração como alvo necessário de indagação: É admissível aceitar que, mesmo entre as unidades federativas que constituem a mesma República Federativa do Brasil, haja aquelas que implantaram a política antimanicomial ao “louco infrator”, e aquelas que muito pouco ou nada fizeram a respeito? Como se fosse tolerável a discriminação entre pessoas sob a mesma condição, mas que, a depender da localização geográfica dentro do mesmo país, dispõem de diferentes graus da condição de cidadania, como ela pudesse se constituir por um fático escalonamento em níveis, mais próximos ou remotos do potencial de gozo na sua plenitude, desta que é uma categoria político-jurídica tão cara à democracia.

Ao se admitir a divisibilidade dos direitos humanos fundamentais, como se impõe irretratavelmente no estado de coisas nacionalmente posto, como de fato é, em que, a depender da unidade federativa dentro do mesmo país, se tenha ou não efetivado o direito do cidadão submetido ao cumprimento da medida de segurança, com oferta dos serviços de tratamento e cuidados orientados pelo viés do interesse da saúde e bem-estar pessoais, e, logicamente, fora do MJ, nesse caso, sim, a iniciativa da Resolução nº 487/2023 do CNJ pode ser reconhecida como louvável, mesmo padecedora da irreversível morosidade já concretizada. Entrementes, convém ressaltar que essa intervenção pode, ainda, ser identificada como albergada no âmago da Agenda 2030 da ONU, integrada no conjunto de 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), aprovada pela Resolução da Assembleia Geral de nº 72/729 de 31 maio de 2018 (ONU, 2018).

Conforme informação constante do sítio virtual do CNJ, logo após a assunção do Ministro Dias Toffoli como Presidente do STF e CNJ em 2018, em harmonia com seu discurso de posse voltado a implementação de medidas inovadoras no Judiciário, ao final do mesmo ano determinou a instituição de um Comitê Interinstitucional (CNJ, [ca. 2018]), por meio da Portaria nº 133 da Presidência do CNJ, “destinado a proceder estudos e apresentar proposta de integração das metas do Poder Judiciário com as metas e indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Agenda 2030” (Brasil, 2018).

Os ODS são um chamado universal à ação para erradicar a pobreza, preservar o meio ambiente e o clima, além de assegurar que todas as pessoas, em qualquer lugar, possam viver com paz e prosperidade, podendo ser classificados basicamente em quatro dimensões: (i)

Social, (ii) Ambiental, (iii) Econômica e (iv) Institucional. Relativamente ao ODS 16: Paz, Justiça e Instituições Eficazes, ele visa “promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis” (ONU [Brasil], [ca. 2018]).

Conforme se infere do ODS 16, algumas de suas metas se entrelaçam profundamente com a questão da discriminação incidente ao regime jurídico aplicado ao indivíduo submetido à medida de segurança, tido como “louco infrator”, de modo diverso comparativamente ao indivíduo com deficiência mental não inserido no campo da justiça penal. Nesse sentido, destacam-se dele as metas de

16.3 - Promover o Estado de Direito, em nível nacional e internacional, e **garantir a igualdade de acesso à justiça para todos.**

[...]

16.6 - **Desenvolver instituições eficazes, responsáveis** e transparentes em todos os níveis.

[...]

16.b - Promover e **fazer cumprir leis e políticas não discriminatórias para o desenvolvimento sustentável** (ONU [Brasil], [ca. 2018] – grifo nosso).

Tomados em consideração em seu conjunto, os ODS visam fomentar ações para o estabelecimento de uma sociedade planetária socioambientalmente mais justa e equilibrada. Para isso, faz-se imprescindível que cada Estado, e dentro dele cada instituição, se comprometa com a efetiva implementação.

No caso em debate, com base especificamente na orientação da ODS 16, o Poder Judiciário, como instituição integrante da estrutura estatal nacional, além de sua função típica de prestar jurisdição, também se mostra paradoxalmente, como o principal responsável pela persistência existencial do MJ, a despeito do ambiente ilegal, excludente, e contrário à política pública legalmente instituída pelo povo por meio dos representantes eleitos para esse fim.

[...] pode-se conceber a indispensabilidade de um patamar mínimo de qualidade (e segurança) ambiental para a concretização da vida humana em níveis dignos. Aquém de tal padrão ecológico, a vida e a dignidade humana estariam sendo violados no seu núcleo essencial. A *qualidade, o equilíbrio e a segurança ambiental*, com base em tais considerações, passariam a figurar como elemento integrante do conteúdo normativo do princípio da dignidade da pessoa humana, sendo, portanto, fundamental para o desenvolvimento de todo o potencial humano num quadrante de completo *bem-estar existencial*, até mesmo no sentido do reconhecimento de um *direito-garantia ao mínimo existencial ecológico*. (Ingo Wolfgang Sarlet e Tiago Fensterseifer. Trecho de “Princípios do Direito Ambiental”, 2017, p. 64).

4 O DIREITO AMBIENTAL COMO (PRETENSO) VETOR ORIENTATIVO-INDUTOR DA PRÁTICA OBSTATIVA-DESCONSTRUTIVA SOBRE A ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA

Ao lado de toda a postulação fundamentada no paradigma antimanicomial, que, como visto anteriormente, se relaciona com variadas práticas e normas oriundas da teorização e aplicação da doutrina dos direitos humanos, o Direito Ambiental deve emergir como mais um elemento relevante e necessário a ser considerado na tomada de decisão, com aptidão e capacidade de influenciar a desconstrução da práxis institucionalizadora relacionada ao cidadão acometido por transtorno mental quando selecionado pelas agências criminais.

Em relação a tal perspectiva, é crucial mencionar que, à medida em que o MJ se constitui como um ambiente específico dentro do ecossistema considerado em sua dimensão integral e planetária – como será discutido na sequência, inclusive mediante abordagem sob perspectivas diversas e complementares –, pode-se concluir que ele também se insere necessariamente no campo de interesse e ingerência do Direito Ambiental, conceituado por Sirvinskas (2008, p. 35) como “ciência jurídica que estuda, analisa e discute as questões e os problemas ambientais e sua relação com o ser humano, tendo por finalidade a proteção do meio ambiente e a melhoria das condições de vida no planeta”.

Desse modo, sem prejuízo à aplicação das normas positivadas e padrões de tratamento pautados no modelo desinstitucionalizador, de incidência exigível também para o cidadão

acometido por transtorno mental implicado no sistema criminal, ainda se faz necessária uma específica filtragem constitucional como diretriz orientativa-interpretativa dos casos ligados ao ambiente manicomial judiciário. Trata-se, portanto, de um genuíno controle de constitucionalidade ambiental, fundamentado na essencialidade do meio ambiente equilibrado como fator imprescindível para o bem-estar e a qualidade de vida humana, o qual, conforme aduz Machado (2013), consiste em direito fundamental que fora elevado ao *status* constitucional com a ordem jurídica inaugurada em 1988.

O prisma ambiental integrante da CRFB/88 configura-se como uma verdadeira garantia fundamental. O capítulo dedicado ao meio ambiente, inicialmente, estabelece uma proteção difusa, refletindo a natureza jurídica também difusa do bem protegido. Contudo, devido à plasticidade necessária para abranger as infinitas hipóteses aptas a constituir ameaça ou afronta ao direito, tanto no âmbito individual quanto coletivo, correspondentemente ao caso concreto, é exigida uma determinada e adequada forma de tutela, promotora e protetiva da saúde e bem-estar humanos, como previsto no art. 225, *caput*. Em alguns casos, essa tutela pode requerer a consideração de aspectos subjetivos de proteção relacionados às posições jurídicas subjacentes. Nesse sentido, Sampaio, Wold e Nardy (2003, p. 92) esclarecem sobre a existência de uma autêntica "bidimensionalidade do direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado: uma dimensão individual e outra coletiva".

Nesse contexto, é importante discutir se, além do descumprimento da legislação e dos padrões de cuidado instituídos, ambos baseados no modelo democrático antimanicomial como proteção específica dos direitos humanos da minoria em apreço, a perspectiva jurídico-ambiental também estaria sendo infringida, quando, no estado do Amazonas, persiste a prática de submeter alguns discriminados cidadãos a determinadas condições ambientais no MJ, com sua EP ainda em funcionamento.

4.1 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO COMO INTEGRANTE DA DIMENSÃO ARTIFICIAL DO MEIO AMBIENTE

A respeito do ambiente humano ou social, a Declaração oriunda da Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o Ambiente Humano realizada em Estocolmo em 1972 – considerada, como aduzem Sarlet e Fensterseifer (2014), documento primevo e o marco jurídico ambiental mais importante no plano internacional impulsionador de inúmeras outras Conferências e Declarações, além de influenciadora da ordem jurídica interna dos Estados por todo o globo – consagrou logo no primeiro artigo que

O homem é ao mesmo tempo obra e **construtor do meio ambiente que o cerca**, o qual lhe dá sustento material e lhe **oferece oportunidade para desenvolver-se intelectual, moral, social e espiritualmente** [...]. Os **dois aspectos do meio ambiente humano**, o natural e o **artificial**, são **essenciais para o bem-estar do homem e para o gozo dos direitos humanos fundamentais, inclusive o direito à vida mesma** (ONU, 1973 – tradução e grifo nossos).

Não foi de outra forma, senão com o homem socialmente organizado sob a estrutura do Estado moderno, que se estabeleceu a existência do MJ. Este equipamento caracterizado pela ambiguidade e destinado à segregação dos “outros”, foi artificialmente edificado sob o pretexto de constituir o espaço privilegiado aos cuidados do estado preexistente da saúde do internado. Como um ambiente específico originado da criação humana, se projeta como objeto de interesse do Direito Ambiental no aspecto do meio ambiente artificial.

Nessa dimensão ambiental, convém ressaltar, é que se colmata primariamente o interesse investigativo sob a lente jurídica ambiental, de se perquirir se a ambiência manicomial judiciária, como resta estabelecida, e, sopesados o enredo da complementaridade e da interdependência como características dos direitos humanos fundamentais que envolvem a problemática, teria aptidão e idoneidade para propiciar a satisfação do bem-estar e diversos outros direitos fundamentais constituintes do mínimo existencial que, segundo o plano normativo, não deveriam ser afetados em prejuízo do cidadão em razão da imposição de uma medida de segurança, quando da execução pela internação no ambiente do MJ.

Mesmo assumindo uma posição em que o meio ambiente é analisado por uma perspectiva integral, José Afonso da Silva – considerado um pioneiro na difusão doutrinária em solo brasileiro da então nável ciência jurídica ambiental –, não deixou de reconhecer nele a existência de um aspecto artificial, tomando-o como um elemento necessariamente integrante para a formação da dimensão unitária e maior do meio ambiente. Assim, mesmo sob a ótica dessa concepção do meio ambiente como completude, conforme traçada pelo autor, o MJ se apresenta imbricado no objeto de interesse do Direito Ambiental.

Tal afirmação pode ser confirmada a partir da clássica lição do autor:

O conceito de meio ambiente há de ser, pois, globalizante, abrangente de toda a Natureza original e artificial, bem como os bens culturais correlatos, compreendendo, portanto, o solo, a água, o ar, a flora, as belezas naturais, o patrimônio histórico, artístico, turístico, paisagístico e arqueológico. O meio ambiente é, assim, a interação do conjunto de elementos naturais, artificiais e culturais, que propiciem o desenvolvimento equilibrado da vida em todas as suas formas. A integração busca assumir uma concepção unitária

do ambiente, compreensiva dos recursos naturais e culturais (Silva, 2007, p. 20).

Adicionalmente, em relação ao conceito de meio ambiente amplamente disseminado no plano doutrinário nacional, pode-se afirmar que alberga uma concepção quadripartite, divisível nos aspectos do meio ambiente natural, do meio ambiente artificial, do meio ambiente cultural e do meio ambiente do trabalho (Libório, 2021, local. 18.4). Adotam também essa tipologia, entre outros, Édis Milaré (2007), Paulo Affonso Machado (2013), Ingo Sarlet e Tiago Fensterseifer⁸⁷ (2014). Nessa linha, especificamente ao meio ambiente artificial, o qual importa diretamente ao debate do MJ, Daniela Libório (2021, local. 18.4) alude que “pode estar em qualquer lugar, sendo caracterizado por ser fruto da intervenção do ser humano que acarrete a transformação de essência e uso do meio”. Porém, a repercussão sobre o ambiente manicomial, sob o enfoque desse outro prisma em relação à posição integralista de José Afonso da Silva, não se altera, como a seguir se poderá perceber.

Celso Antonio Fiorillo (2020, p. 620) conceitua o meio ambiente artificial como aquele “compreendido pelo espaço urbano construído, consistente no conjunto de edificações (chamado de espaço urbano fechado), e pelos equipamentos públicos (espaço urbano aberto). Dessa forma, todo o espaço construído, bem como todos os espaços habitáveis pelo homem” o compõem. O autor (2020, p. 77) ainda especifica que, tomado nesse aspecto, o meio ambiente “está diretamente relacionado ao *conceito de cidade*. Vale verificar que o vocábulo ‘urbano’, do latim *urbs, urbis*, significa cidade e, por extensão, seus habitantes”.

Na mesma direção, na visão de Ingo Sarlet e Tiago Fensterseifer:

O ambiente urbano (ou construído), por sua vez, é uma dimensão do ambiente humano (ou social). [...] O ambiente urbano é talvez o melhor exemplo para caracterizar a intervenção humana no meio natural. Todo o cenário urbano, independentemente de qualquer juízo de valor sobre a sua beleza arquitetônica ou não, é resultado da construção humana. [...] O ambiente urbano é integrado pelos prédios, ruas, equipamentos públicos, pontes, projetos arquitetônicos, entre outros elementos artificiais, que caracterizam a paisagem urbana e são, acima de tudo, resultado na intervenção humana. Ou seja, são os elementos artificiais criados ou construídos pelo ser humano, em contraste com os elementos originalmente naturais (Sarlet e Fensterseifer, 2014, p. 317).

⁸⁷Sarlet e Fensterseifer fazem inicialmente uma grande classificação bipartida entre o ambiente natural e o humano ou social, e neste reconhecem como inclusas as dimensões do ambiente artificial, cultural e do trabalho.

Essa forma de estruturação quadridimensional do meio ambiente como concebida pela doutrina, há de se ressaltar, coincide com aquela albergada jurisprudencialmente, encontrada em pronunciamentos tanto do STF quanto do STJ como, respectivamente, se pode conferir:

A incolumidade do meio ambiente não pode ser comprometida por interesses empresariais nem ficar dependente de motivações de índole meramente econômica, ainda mais se se tiver presente que a atividade econômica, considerada a disciplina constitucional que a rege, está subordinada, dentre outros princípios gerais, àquele que privilegia a "defesa do meio ambiente" (CF, art. 170, VI), que traduz conceito amplo e abrangente das noções de meio ambiente natural, de meio ambiente cultural, de meio ambiente artificial (espaço urbano) e de meio ambiente laboral (Brasil, 2005).

Com a Constituição Federal de 1988, passou-se a entender também que o meio ambiente divide-se em físico ou natural, cultural, artificial e do trabalho. Meio ambiente físico ou natural é constituído pela flora, fauna, solo, água, atmosfera etc, incluindo os ecossistemas (art. 225, §1º, I, VII). Meio ambiente cultural constitui-se pelo patrimônio cultural, artístico, arqueológico, paisagístico, manifestações culturais, populares, etc (art. 215, §1º e §2º). Meio ambiente artificial é o conjunto de edificações particulares ou públicas, principalmente urbanas (art. 182, art. 21, XX e art. 5º, XXIII), e meio ambiente do trabalho é o conjunto de condições existentes no local de trabalho relativos à qualidade de vida do trabalhador (art.7º, XXXIII e art. 200) (Brasil, 2007).

Em seção anterior deste trabalho (2.3), apresentara-se um panorama geral acerca do *status* do ambiente manicomial, especialmente do manicomial judiciário, ocorrente no nosso país. Há de se destacar que, em relação ao MJ, no plano da materialidade, constituiu-se como originado da intervencionista obra humana inserida no contexto de uma relação com o plano ecossistêmico ambiental maior – integral, globalizante ou planetário. Daí que, ainda que por um momento afastemos da atenção, todas as formas de inter-relações pessoais e do exercício do poder como componentes humanos interiores ao MJ, temos, perante o prisma tutelar interessado do Direito Ambiental, a presença de um ambiente artificial, na medida em que se trata de uma realização por obra estritamente humana no ambiente anteriormente natural.

Como definido por Pérez Luño (2012, p. 73) “um edifício é sempre um espaço arquitetônico demarcado, separado e diferente de outros espaços”. Essa compreensão do autor, certamente serve à classificação do MJ como um específico ambiente arquitetônico – portanto, artificial – e diverso de todos os outros. Em relação a tal ambiente, há de se perquirir, no interesse da tutela jurídica ambiental, se suas condições ambientais promovem, preservam ou violam o mandamento constitucional orientado pelo dever de cultivar um ambiente ecologicamente equilibrado como fator de caráter essencial à saúde e bem-estar humanos,

integrado que é à dimensão do mínimo existencial ou mínimo necessário para o viver com dignidade por qualquer cidadão.

Como devidamente contextualizado juntamente às lições dogmáticas apresentadas, no sentido da ativação de uma percepção quase que naturalizada, condizente àquilo que denominamos como primeira impressão, fez-se por identificar de forma direta e imediata o MJ como integrante da esfera artificial do meio ambiente. Essa perspectiva mais evidente para a abordagem jurídico-ambiental do objeto, pode, porém, de forma complementar, ser ainda acrescida de outra, mais latente e incipiente, mas não menos importante, sobretudo quando o tema debatido se projeta a um ambiente que, além de artificial, se destina(ria) aos cuidados com a saúde dos cidadãos nele asilados.

4.2 A SAÚDE COMO OBJETO MEDIATO DA TUTELA JURÍDICO AMBIENTAL

Pérez Luño (2012, p. 11 – grifo nosso) ressalta que na conjuntura do constitucionalismo e a inerente plêiade de direitos conferida aos cidadãos, tanto o direito à proteção ambiental quanto o direito à qualidade de vida, de forma independentes, assumem papel de protagonismo, ultrapassando “os limites estritos de um novo direito fundamental, para representar um **paradigma de reinterpretação de todo o sistema de direitos e liberdades** do Estado constitucional”. Ainda, destaca o autor (2012), a evolução constitucionalista dos modelos de Estado, desde o Estado de Direito, passando pelo Estado Social até o Estado Ecológico⁸⁸, o qual elegeu as problemáticas do meio ambiente e da qualidade de vida como compromissos centrais de satisfação.

Em nosso país, a propósito, a opção político-jurídico consignada na CRFB/88 peremptoriamente previu:

⁸⁸Em sentido semelhante, mas destacando a dimensão social intrinsecamente implicada na questão, Ingo Sarlet e Tiago Fensterseifer empregam a denominação de Estado Socioambiental. Explicam os autores que a eleição terminológica se dá “por entendermos a necessária e urgente convergência das agendas social e ambiental num mesmo projeto jurídico-político para o desenvolvimento humano. O Estado contemporâneo, pelo menos como aqui compreendido, não pode ser concebido como um Estado “Pós-Social”, precisamente em virtude da circunstância de que o projeto de realização dos direitos fundamentais sociais longe está de uma realização satisfatória, ainda mais considerando a privação, até mesmo na esfera de um patamar minimalista, do acesso aos bens sociais básicos para um expressivo número de seres humanos. Em regra, a miséria e a pobreza (como projeções da falta de acesso aos direitos sociais básicos, como saúde, saneamento básico, educação, moradia, alimentação, renda mínima etc.) caminham juntas com a degradação e poluição ambiental, expondo a vida das populações de baixa renda e violando, por duas vias distintas, a sua dignidade. Entre outros aspectos a considerar, é perceptível a importância de uma tutela compartilhada e integrada dos direitos sociais e dos direitos ecológicos, agrupados sob o rótulo genérico de *direitos fundamentais socioambientais* ou *direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais* (DESCA), assegurando as condições mínimas para a preservação da qualidade de vida, a quem das quais poderá ainda haver vida, mas essa não será digna de ser vivida” (Sarlet; Fensterseifer, 2017, p. 38-39).

Art. 225. **Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado**, bem de uso comum do povo e **essencial à sadia qualidade de vida**, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (Brasil, 1988 – grifo nosso).

Nesse novo cenário, e considerando uma perspectiva dimensional mais abrangente acerca da definição de ambiente, assim como a adotada pela Psicologia Ambiental⁸⁹, ele é constituído, além do aspecto físico, também do elemento humano por meio das pessoas como componentes inseparáveis que o integra, constituindo uma relação bidirecional constante e recíproca de influências e condicionantes⁹⁰⁻⁹¹.

Nessa ótica, como apresentado por Goffman, as inter-relações estabelecidas em um determinado ambiente, sobretudo o do MJ como a espécie mais totalizante dentre as instituições totais, influenciam o comportamento e, conseqüentemente, o estado de saúde⁹² da pessoa internada no curso do processo contínuo da “mortificação do eu”. Dado o contexto ambiental complexo e de graves repercussões sobre o comportamento, a personalidade, e o estado de saúde das pessoas internadas no MJ, também sob tal segmento deve ser tomado como objeto da tutela constitucional do meio ambiente equilibrado enquanto condição essencial à sadia qualidade de vida dos cidadãos institucionalizados (art. 225, *caput*, CRFB/88).

A esse respeito, esclarece Paulo Affonso Leme Machado (2013, p. 145), que apenas com o advento da CRFB/88 é que o meio ambiente passou a ser tratado como tema constitucional “em sua concepção unitária”, enunciando como garantia individual “o direito de todos ao meio ambiente ecologicamente equilibrado e essencial à sadia qualidade de vida”, aliado à difusidade do “meio ambiente como ‘bem de uso comum do povo’”. Para José Afonso

⁸⁹Como ensina Gabriel Moser (1998, p. 121-122): “A Psicologia Ambiental estuda a pessoa em seu contexto, tendo como tema central as inter-relações – e não somente as relações – entre a pessoa e o meio ambiente físico e social. As dimensões sociais e culturais estão sempre presentes na definição dos ambientes, mediando a percepção, a avaliação e as atitudes do indivíduo frente ao ambiente. Cada pessoa percebe, avalia e tem atitudes individuais em relação ao seu ambiente físico e social. Por outro lado, inter-relação também quer dizer que estudamos os efeitos desse ambiente físico particular sobre as condutas humanas. Então, estamos estudando uma reciprocidade entre pessoa e ambiente. Essa inter-relação é dinâmica, tanto nos ambientes naturais quanto nos construídos. Ela é dinâmica porque os indivíduos agem sobre o ambiente (por exemplo, construindo-o), mas esse ambiente, por seu turno, modifica e influencia as condutas humanas”.

⁹⁰De forma semelhante, também sob uma ótica oriunda da Sociologia Ambiental, Julia Guivant (2005, p. 11) destaca: “O que passa a ser socialmente considerado como um problema ambiental não implica meramente uma leitura imparcial e neutra de um fenômeno real, ou estar se referindo a fatos objetivos sobre a natureza, mas de demandas construídas socialmente”.

⁹¹Em grande medida a definição de ambiente pela Psicologia Ambiental não se afasta, mas, ao revés, se intersecciona com aquela emergida no campo do Direito Ambiental, pois, ao se considerar a lição de Édis Milare (2007, p. 100) de que o “ambiente pode representar um espaço geográfico ou social, físico ou psicológico, natural ou artificial”, por tal ótica, pode-se verificar que os elementos constituintes de um ambiente, de forma isolada ou cumulativa, podem decorrer de elementos, aspectos e interações exclusivamente humanos.

⁹²Conforme o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (Organização, 2020, p. 1 - tradução nossa).

da Silva (2007), o centro normativo da matéria está consagrado no conteúdo do art. 225, seus parágrafos e incisos, da CRFB/88, ressaltando expressamente aí não se esgotar, cujo exame perpassa à verificação de estar inserido no capítulo VI do Título VIII, integrante sistematicamente da Ordem Social, portanto, direito do homem. Complementa o autor (2007, p. 20) que “o *ambiente* integra-se, realmente, de um conjunto de elementos naturais e culturais, cuja interação constitui e condiciona o *meio* em que se vive”.

Além do assento constitucional, conforme Machado (2013, p. 69-70), o direito a “adequadas condições de vida, em um meio ambiente de qualidade” também encontra tutela nas Declarações das Conferências das Nações Unidas sobre Meio Ambiente de Estocolmo (1972) e do Rio de Janeiro (1992), e no art. 11 do Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Protocolo de São Salvador. Destaca o autor (2013, p. 69) que se “as Constituições escritas inseriram o ‘direito à vida’ no cabeçalho dos direitos individuais. No século XX deu-se um passo a mais ao se formular o conceito do ‘direito à qualidade de vida’”. Nesse cenário, pela imbricação dos aspectos e das respectivas posições jurídicas, Napolitano, Haonat e Emin, (2003, p. 105), reconhecem “que o legislador constituinte foi extremamente eficaz ao proteger a saúde de forma mediata e o meio ambiente de forma imediata”.

Em sentido semelhante, buscando definir o objeto de tutela ambiental, ensina José Afonso da Silva, que

O objeto de tutela jurídica não é tanto o meio ambiente considerado nos seus elementos constitutivos. O que o Direito visa a proteger é a qualidade do meio ambiente em função da qualidade de vida. Pode-se dizer que há dois objetos de tutela, no caso: um imediato, que é a qualidade do meio ambiente; e outro mediato, que é a saúde, o bem-estar e a segurança da população, que se vem sintetizando na expressão "qualidade de vida" (Silva, 2007, p. 81).

Em acréscimo, é de se acentuar, conforme ressaltado por Paulo de Bessa Antunes (2020, p. 51), que “a autonomia dos chamados ‘ramos’ do Direito é sempre problemática e deve ser considerada antes uma questão de natureza acadêmica e periférica e não deve impressionar aqueles que pretendam estudar as diferentes manifestações setoriais do fenômeno jurídico”. Também situado a partir dessa perspectiva é que Barbugiani apresenta a construção do Direito Sanitário, como aquela fundada sobre uma relação de irmandade com o Direito Ambiental devido à proximidade de escopos. Argumenta que “apesar de diferirem na conceituação, muitas das observações aplicáveis ao Direito Ambiental são aproveitadas pelo Direito Sanitário, uma

vez que derivam de mandamentos constitucionais e não de normas infraconstitucionais” (Barbugiani, 2004, p. 25).

Paulo de Bessa Antunes (2020, p. 51), ressalta a posição de transversalidade do Direito Ambiental relativamente às outras vertentes da ciência jurídica, realçando que aquele deve ser refletido nestas, ao apregoar que “as normas ambientais tendem a se incrustar em cada uma das demais normas jurídicas, obrigando que se leve em conta a proteção ambiental em cada um dos demais ‘ramos’ do Direito”. Nesse raciocínio, complementa o autor (2020, p. 51) que o Direito Ambiental “é direito de *coordenação e*, nessa condição, é um direito que sugere aos demais setores do universo jurídico o respeito às normas que o formam, dado que o seu fundamento de validade é emanado diretamente da norma constitucional”. Portanto, é basicamente na esteira dessa compreensão sobre os princípios e normas do Direito Ambiental, como coordenadores da juridicidade incidente no regramento dos mais amplos campos das relações sociais, sobretudo quando consideradas as condições ambientais tomada na perspectiva da tutela jus ambiental mediata, voltada ao fim da preservação da saúde e o bem-estar humanos, que ele também deve atravessar o pensamento jurídico relacionado à discussão do ambiente manicomial judiciário.

Guilherme Figueiredo (2003), na mesma direção, afirma que o direito à saúde e ao meio ambiente equilibrado para a sadia qualidade de vida estão indissociavelmente conectados. Comenta que a CRFB/88 classifica o direito à saúde como direito social (art. 6º). Assim, como um direito de segunda geração que é, demanda prestações do Estado em face ao cidadão. Quando também tratado no título “Da Ordem Social”, o direito à saúde é apresentado como direito de todos e dever do Estado induzível mediante políticas públicas (art. 196). Além disso, no capítulo da CRFB/88 que trata do meio ambiente, uma nova perspectiva de tutela à saúde foi manifestada ao se apresentar, em tom de essencialidade, a sadia qualidade de vida como uma finalidade satisfativa do comando constitucional de preservação ecossistêmica, cujo equilíbrio ambiental é um fator pressuposto necessário do qual o Estado, assim como em relação ao direito fundamental à saúde, deve se ocupar para a implementação. Nessa construção, diz o autor (2003, p. 58), “reduz-se o aparente distanciamento entre os objetos do Direito Ambiental e do Direito Sanitário”.

Viana e Souza (2013, p. 164), ao discutirem o tratamento dos doentes mentais infratores, analisaram o caso do ambiente do HCTP da Bahia, onde apuraram a ocorrência de “graves deficiências nas condições de salubridade, higiene, segurança e nas atividades terapêuticas”, entre outras, “que contribuíam para a deterioração da vida e da saúde dos internos”. Os autores (2013, p. 173) diagnosticaram a “negligência do cuidado à saúde e o descumprimento de várias determinações legais [...] reveladores de um senso comum permissivo de desrespeito à

dignidade de certas pessoas: daquelas que sofrem de transtornos mentais e cometeram delitos”. Concluíram pela constatação das “condições sub-humanas e segregacionistas”, que, em linhas gerais, por inferência, não deveriam divergir das de outros MJs espalhados pelo país (Viana; Souza, 2013, p. 175). Enfim, postularam pela “necessidade de superação dos manicômios judiciários e a instituição de novos espaços de assistência à saúde dignos e humanizados, que possibilitem ao doente mental infrator o resgate da sua autonomia e a sua reinserção social” (Viana; Souza, 2013, p. 175).

A superação dos MJs, como fora sustentada por Viana e Souza, devido às condições ambientais inversas às que deveriam ser proporcionadas para o bem-estar e o verdadeiro tratamento à saúde dos cidadãos internados, na linha do que já se vêm desenvolvendo ao longo desta pesquisa, também se ampara, mais uma vez, nas lições de José Afonso da Silva, para quem

no conjunto de normas sobre a saúde (arts. 196-200) vislumbram-se valores ambientais, dado que a proteção do meio ambiente constitui um dos instrumentos de proteção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida da população. Pode-se até dizer que no direito à saúde já está embutido o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, magnificamente explicitado e garantido no art. 225 (Silva, 2009, p. 837).

O caso baiano, conforme destacado por Viana e Souza, retrata o sistemático descaso estatal em relação à situação de vida das pessoas submetidas ao espaço HCTP no país. Convém apontar que o doente mental, mesmo ao praticar um ato tido por delituoso, em se considerando a ordem constitucional vigente e a isonomia como garantia informadora do regime jurídico igualitário dispensável a todo e qualquer (outro) cidadão, por também integrar essa posição jurídica, não pode ter sua dignidade continuamente vilipendiada e permanecer sujeitado sob condições sub-humanas de existência no MJ. A dimensão ambiental que envolve a questão sob a categoria da cidadania é também atravessada pela perspectiva do direito à saúde, desautorizando o emprego de qualquer outra ótica de abordagem e/ou finalidade que não dialogue e se perfectibilize com ele.

Há de se destacar, pois, a garantia do direito à saúde e seu respectivo adimplemento prestacional como demandantes de incidência sobre a problemática, consubstanciados, no caso, com o tratamento terapêutico em condições dignas, decorrente do dever estatal quanto à sua promoção, proteção e recuperação, dentre outras ações, para a redução de riscos de doenças e outros agravos, como corolário de mandamentos constitucionais densificados no art. 2º, § 1º, da Lei nº 8.080/90 (Brasil, 1990). No entanto, o ambiente manicomial judiciário brasileiro, como evidenciado, não se mostra apto a oferecer um tratamento que promova ou sequer

preserve o estado de saúde das pessoas internadas, constituindo-se, assim, em um espaço propício para a violação de inúmeros direitos fundamentais, incluindo, paradoxalmente, o próprio direito à saúde.

Nesse cenário, aponta-se a perspectiva proveniente do Direito Ambiental e sua íntima relação com o Direito Sanitário, ambos de natureza cogente e com repercussões prestacionais para o Estado em relação aos indivíduos, dadas as implicações contextuais inerentes ao conteúdo do conceito de cidadania e às posições jurídicas daí decorrentes. Sob essa ótica, a tutela ambiental também deve ser empregada como instrumento interpretativo das normas para o fim de implementação da política antimanicomial ao público do HCTP. Cabe então ao poder público, especialmente ao Judiciário, induzir concretude ao novo paradigma antimanicomial nesse particular. Na ordem jurídica do Estado Socioambiental de Direito, não mais há espaço para a sustentação do ambiente manicomial judiciário, violador do comando constitucional quanto ao dever estatal de agir para que o ambiente seja equilibrado, asseguradas as condições necessárias ao bem-estar e à sadia qualidade de vida, pois tais aspectos são diuturnamente ultrajados para aqueles cidadãos segregados no MJ.

Não se pode perder de vista, ademais, como aludido por Sampaio, Wold e Nardy (2003, p. 98) “que o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado ainda goza de relevo especial na missão de tutelar e de desenvolver o princípio da dignidade da pessoa humana”. Este, por sua vez, fundamento primordial do Estado brasileiro e valor axiológico de maior envergadura, que deve ser perseguido por toda atividade estatal como sentido de direção e fim último, independentemente se no exercício das suas funções na seara legislativa, executiva ou judiciária.

4.3 O CONTEXTO NORMATIVO E AMBIENTAL AMAZONENSE DO CUMPRIMENTO DA MEDIDA DE SEGURANÇA ANTECEDENTE AO ADVENTO DA ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA

Oficialmente, o Estado do Amazonas teve instituído seu primeiro HCTP no ano de 1988, com a edição da Lei Estadual nº 1.874, de 29 de novembro de 1988, fruto de uma discussão emergencial para internamento dos pacientes criminais. Até então, sem qualquer cuidado específico, ou eles eram recolhidos às Penitenciárias do Estado ou ao único Hospital Psiquiátrico em funcionamento em Manaus, o Hospital Eduardo Ribeiro, mas, nesse caso, sob a resistência dos profissionais da unidade (Lopes, 2013).

A lei foi aprovada com os seguintes termos:

Art. 1º - Fica instituído o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Manaus, consoante o disposto nos artigos 99, 100 e 101 da Lei nº 7.210 de 11.07.84 (Lei das Execuções Penais).

Parágrafo Único - O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Manaus funcionará em local destinado para esse fim pelo Secretário de Estado da Justiça.

Art. 2º - Ficam criados os cargos comissionados do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Manaus, constantes do Anexo desta Lei.

Art. 3º - As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão á conta dos recursos orçamentários próprios da Secretaria de Estado da Justiça.

Art. 4º - Revogadas as disposições em contrário, esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO

CARGOS COMISSIONADOS

QUANTIDADE	DENOMINAÇÃO	SÍMBOLO
01	Diretor	CC-2
01	Vice-Diretor	CC-3
01	Chefe de Divisão	CC-4
01	Chefe de Segurança	CC-9

(Amazonas, 1988).

Como se pode observar, se o móvel para se legislar sobre o assunto decorreu de alguma preocupação com a saúde e bem-estar dos pacientes – para além de, em alguma medida, dar mero cumprimento formal às disposições da legislação penal em relação ao destino dos cumpridores da medida de segurança –, então, pode-se considerar que pouco dela se fez refletir no texto da lei. Da sua reduzida redação, de apenas quatro artigos e anexo, não há qualquer disposição como diretriz para guiar a formatação da edificação, como o planejamento e localização do ambiente físico, ou mesmo previsão relacionada ao quadro de profissionais incumbidos dos cuidados e tratamento da saúde dos cidadãos internados.

Do pouco exposto, percebe-se preponderar a devoção com a questão da segurança em frontal desprestígio ao aspecto da saúde, sobretudo em razão do HCTP de Manaus ser estruturado na esfera da Secretaria de Justiça, e que, dos poucos cargos criados, são eles ligados à administração e à segurança, mais aproximado aos modelos penitenciários. Também, há de se enfatizar que, no decorrer da pesquisa, não se encontrou qualquer outro instrumento normativo infralegal, como um regimento interno ou outra espécie normativa de escopo regulamentar mais detalhista, que viesse a adimplir essa aparente e importante lacuna.

Destaque-se que a edição da lei se deu no mês seguinte à promulgação da CRFB/88, a qual inaugurou no plano político-jurídico uma nova ordem voltada à primazia das pessoas, fundada na dignidade da pessoa humana. Ademais, as lutas do movimento antimanicomial já há algum tempo vicejavam país afora. Desse modo, pode-se considerar que o HCTP de Manaus, na forma em que fora instituído, já estava desatualizado às proclamadas exigências por abertura democrática ditada pelo novo tempo. Como elucidado por Lopes (2013, p. 142), ele foi

inaugurado de forma improvisada, como uma readaptação parcial e anexa à Penitenciária Raimundo Vidal Pessoa, e que, como “local para tratamento, sua atuação demonstrava total desencontro com as legislações de saúde ou mesmo do sistema penitenciário”.

Apesar das alterações realizadas ao longo dos anos nas estruturas internas, o HCTP de Manaus permaneceu durante toda sua existência como um anexo da Penitenciária localizada na área central da cidade. A divisão entre o HCTP e a unidade prisional se resumia ao muro, o qual em determinado ponto, inclusive, era vazado por um portão de metal, permitindo durante os banhos de sol alguma interação entre os internos de uma e outra instituição. Em uma das inspeções realizadas no local, o relatório da I Caravana Nacional de Direitos Humanos, realizada em 2000, classificou a unidade como um diminuto pavilhão na Cadeia Pública, com cinco celas, destas três sem condições de habitabilidade, apontando ainda a ausência da prestação de qualquer terapêutica aos internos. A direção, no entanto, em contraposição, alegava a realização de ações de saúde aos pacientes. Em 2008, por sua vez, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) relatou irregularidades, como (i) a superlotação das celas; (ii) convivência conjunta de presos comuns com os submetidos a medida de segurança; (iii) tratamentos de saúde prestados inadequadamente (Lopes, 2013).

Apesar da legislação penal instituir o HCTP como o estabelecimento destinado ao cumprimento das medidas de segurança, a Lei Estadual nº 2.711, de 28 de dezembro de 2001, que “dispõe sobre o Estatuto Penitenciário do Amazonas”, no seu art. 28 previu a seguinte redação: “O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se ao cumprimento das medidas de segurança e ao tratamento psiquiátrico, separadamente” (Amazonas, 2001). Essa redação não muito clara, abriria espaço para eventual interpretação do termo “presos comuns”, como admissível que presos, culpáveis, pudessem ser tratados terapeuticamente no mesmo estabelecimento, desde que separadamente dos cumpridores da medida de segurança, inimputáveis. Essa perspectiva, inclusive, pode ser reforçada por meio de uma interpretação sistemática com o art. 29, e respectivo parágrafo único, nos quais, por duas vezes, a redação trata dos “presos ou internados” (Amazonas, 2001), aparentando, na diversidade dos termos empregados, uma referência diversificativa entre eles: (i) culpados/apenados e (ii) inimputáveis/pacientes. Contudo, como anteriormente relatado, tal interpretação, à luz da legislação penal nacional, é equivocada.

Conforme noticiado pela SEAP em 6 de dezembro de 2017 no seu sítio virtual oficial⁹³, a Penitenciária Raimundo Vidal Pessoa foi definitivamente desativada em 12 de maio de 2017.

⁹³Permanece em disponibilidade para consulta. Disponível em: <https://www.seap.am.gov.br/cadeia-publica-desembargador-raimundo-vidal-pessoa-111-anos-de-historia-que-chega-ao-fim/>. Acesso em: 11 set. 2024.

Informa-se que, a partir de um mutirão carcerário realizado pelo CNJ no ano de 2013, o órgão “recomendou a desativação da Cadeia Pública Desembargador Raimundo Vidal Pessoa, e conseqüentemente do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), uma vez que funcionava na mesma estrutura física” (Amazonas, 2017). Posteriormente, em 28 de dezembro de 2016, por meio do Decreto nº 37.532, é aprovado um novo “Regimento Interno da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária”, regulamentando o organograma dos órgãos e as correspondentes competências na estrutura da respectiva Secretaria (Amazonas, 2016).

Nesse Decreto, reside a única previsão jurídica fundamentadora da existência da unidade assemelhada ao HCTP no Amazonas, que, sob a denominação formal de EP, de fato, faz as vezes daquele no estado. Entretanto, na maneira como regulamentada, sua destinação se mostra passível de questionamentos, se apresentando de modo incongruente até mesmo ao regime jurídico para o cumprimento da medida de segurança como previsto na legislação penal, conforme se observa da descrição de finalidade do equipamento pela redação do inciso XVIII do art. 4º:

XVIII – ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA: promover tratamento psiquiátrico dos internos do Sistema Penitenciário, ambulatorial e a nível hospitalar, quando for o caso, subordinada a Coordenadoria de Saúde do Sistema Penitenciário; exercer outras atribuições que, no âmbito de sua atuação, lhes sejam incumbidas (Amazonas, 2016).

Diante dessa maneira de instituir a EP, torna-se imperioso formular uma crítica à redação do dispositivo. Sua primeira parte não especifica de forma direta qual a finalidade da EP que, consoante a legislação penal, deve destinar-se ao cumprimento da medida de segurança por aquele contra o qual foi judicialmente imposta. Todavia, a formulação aberta como empregada na redação permite a geração de interpretação diversa àquela que se destine para tal finalidade, podendo sugerir a interpretação de que os denominados “internos” se constituam pelos “presos comuns”, que, enquanto submetidos ao cumprimento de uma pena⁹⁴, precisem de tratamento psiquiátrico hospitalar ou ambulatorial, e que, mesmo sem a prévia conversão da pena em medida de segurança, teriam assim lugar resguardado na EP. A parte final do dispositivo, por sua vez, além de também não tratar da destinação da unidade para o cumprimento da medida de segurança, promove a abertura de um enorme espaço com aptidão para a inserção de outras inúmeras atividades relacionadas à área da saúde à EP, mas, inclusive, podendo ser diversas às que se destinariam ao HCTP.

⁹⁴ Tomado termo pena no seu sentido estritamente jurídico-retribucionista.

Diante das razões que agora se expôs, faz-se importante consignar que a afirmação feita em oportunidades anteriores neste trabalho – de que a EP é o equipamento existente como assemelhado ao HCTP e que lhe faz as vezes no Amazonas – não pôde ser precisada com exatidão apenas por consulta ao Decreto Estadual nº 37.532/2016. Entretanto, sim, como decorrência da verificação complementar por meio de outras fontes, parcialmente já apresentadas e outras ainda por se apresentar, de que, de fato, a EP serve ao propósito de internamento dos cidadãos absolvidos impropriamente⁹⁵ ao cabo de um processo criminal para cumprir uma medida de segurança.

Então, é a partir dessa contextualização, assumindo a premissa da EP como genuíno HCTP amazonense, que podemos perquirir sobre suas condições ambientais, considerando os reflexivos efeitos causais à personalidade das vidas precárias⁹⁶ e, portanto, invisibilizadas, que nela habitam.

4.4 A “ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA”: INSTÂNCIA AMBIENTAL DE PRECARIZAÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA

Entre os dias 7 e 11 de dezembro de 2015, o Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) realizou visitas sem prévio agendamento a algumas unidades prisionais de Manaus, encontrando-se entre elas o CDPM I. Essas inspeções resultaram na elaboração e divulgação do "Relatório de Visita a Unidades Prisionais de Manaus – Amazonas" em janeiro de 2016 (Brasil, 2016). Como se pode observar, a ação do MNPCT antecedeu à própria formalização da EP, instituída apenas em dezembro de 2016, e denunciou a ilegalidade das condições ambientais de encarceramento das pessoas em sofrimento mental na Enfermaria daquela unidade prisional.

Conforme registrado pelo MNPCT em relação à diligência:

⁹⁵De fato, materialmente condenados no juízo criminal, mas que, na melhor denominação técnico-jurídica conspurcadora da realidade, demanda o emprego do signo de ligado à “absolvição impropria”.

⁹⁶Em sua obra “Vida Precária: os poderes do luto e da violência”, Judith Butler (2023, p. 171) aduz que ao “consideramos as formas convencionais em que pensamos sobre a humanização e a desumanização, debatemos com a suposição de que aqueles que são representados, especialmente os que têm uma autorrepresentação, têm também uma chance maior de serem humanizados, e aqueles que não têm essa chance de se representar correm um risco maior de serem tratados como menos do que humanos, de serem vistos como menos do que humanos, ou, na verdade, de não serem vistos de forma alguma”. Nessa linha, a noção de precariedade de algumas vidas está ligada ao fato de que, embora todas se apresentem biologicamente iguais, nem todas são consideradas dignas de valor quando não apreendidas nos processos de reconhecibilidade social hegemônica, resultando, conseqüentemente, em desumanização.

foram observadas diversas pessoas em intenso sofrimento psíquico, de modo que sua permanência no local, além de totalmente inadequada do ponto de vista terapêutico, é ilegal segundo as normativas nacionais⁹⁷ e internacionais que orientam a atenção em saúde mental no Brasil. Tais pessoas relataram que não recebem atendimento ou que o atendimento é apenas pontual e inadequado, através de medicação fornecida pelo médico da unidade, sem que haja um acompanhamento cotidiano ou qualquer atividade fora da penitenciária. Ademais, foram encontradas pessoas em isolamento continuado, o que viola normativas internacionais⁹⁸ (Brasil, 2016, p. 31 – notas de rodapé do original).

Como se observa do registro oficial supratranscrito, o MNPCT se insurgiu em face ao estado de ilegalidade relacionado à forma de tratamento dispensado às pessoas com sofrimento mental no meio carcerário. No entanto, sua atuação foi além: buscou também prevenir e evitar uma eventual solução improvisada e contrária à política legal de desinstitucionalização para os cidadãos sujeitos à medida de segurança na modalidade de internação, especialmente considerando o período de transição pelo qual se passava, decorrente da interdição do HCTP que funcionava junto à Penitenciária Raimundo Vidal Pessoa, demandante de uma eminente solução para a resolução do problema.

Tal fato pode ser conferido do seguinte trecho do relatório:

O MNPCT obteve relatos de que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Manaus foi interditado por estar em péssimas condições e por a Vara de Execuções Penais, em consonância com a Lei 10.216/2001, entender que o acompanhamento psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico deva ocorrer em equipamentos de saúde da Rede de Atenção Psicossocial. **No entanto, esse processo de interdição não deve ser argumento para que o poder público do Amazonas justifique a permanência de tais pessoas em condições flagrantemente degradantes nas unidades penitenciárias, uma vez que o Estado já deveria ter se adequado às diretrizes da Lei 10.216** (Brasil, 2016, p. 32 – grifo nosso).

Entretanto, como se pode verificar do que veio a ocorrer posteriormente, a tomada de decisão estatal que se efetivou, em sentido contrário aos apelos, optou pela instituição da EP nos moldes em que até hoje ela ainda se mantém em funcionamento, a despeito da prévia e inequívoca cientificação da ilegalidade incutida na adoção de tal providência. Ainda que resumidamente, no essencial, desde antes à instituição oficial da EP, o MNPCT já apresentara ao Poder Público a fundamentação jurídica para a implementação das disposições da LRP aos doentes mentais selecionados pelo sistema de justiça criminal.

⁹⁷“Lei 10.216/2001”.

⁹⁸“Princípio 11, §11. (A Proteção de Pessoas Acometidas de transtorno Mental e a Melhoria da assistência à Saúde Mental. A ASSEMBLÉIA GERAL ONU nº A/46/49 -17/12/1991) e a Regra 43 das Regras de Mandela”.

Para esse fim, o MNPCT ressaltou que o conjunto de direitos fundamentais específicos se destina para toda e qualquer pessoa com sofrimento mental, não comportando uma discriminação ilegal e excludente da respectiva tutela ao público que, igualmente cidadãos, tenham acessado os serviços, como genuínos usuários, pela porta do sistema judiciário. Há de se enfatizar que, para tal público, muitas vezes, essa trata-se da única via ao seu alcance, correspondente ao contato inaugural com os serviços. Porém, mesmo assim, esses indivíduos também fazem jus ao ambiente de cuidados no plano territorial e comunitário, não institucionalizante.

A esse respeito, foi assentado pelo MNPCT:

Em primeiro lugar, os direitos da pessoa com transtorno mental são protegidos de qualquer discriminação, de modo que ela deve ter garantido o acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades, ser tratada com humanidade e respeito, ser tratada em ambiente terapêutico e em serviços comunitários de saúde mental⁹⁹. Além disso, a legislação brasileira veda a reclusão de pessoas com transtornos mentais em locais com características asilares¹⁰⁰, de modo que o tratamento deve ser realizado na Rede de Atenção Psicossocial, em serviços territoriais. Tais direitos estão, também, em consonância com princípios internacionais que constam no documento aprovado pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 1991, "Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e para a melhoria da assistência à saúde mental"¹⁰¹ (Brasil, 2016, p. 31-32 – notas de rodapé do original).

Nesse período transitório entre a desativação do HCTP e a busca por outra solução, embora o MNPCT tenha constatado que as condições ambientais do cumprimento da medida de segurança no CDPM I eram contrárias aos padrões nacionais e internacionais que regem o tema, isso não foi suficiente para a sensibilização governamental voltada à efetivação da política pública na forma ambientalmente adequada e legalmente devida. Ao fim do mesmo ano, como registrado no próprio sítio virtual da SEAP, a “Enfermaria Psiquiátrica [foi] criada através do

⁹⁹“Arts. 1º e 2º da Lei 10.216/2001”.

¹⁰⁰“Art. 3º, §3º da Lei 10.216/2001”.

¹⁰¹“PRINCÍPIO 1, §1. Todas as pessoas têm direito à melhor assistência disponível à saúde mental, que deverá ser parte do sistema de cuidados de saúde e sociais. 2. Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, deverão ser tratadas com humanidade e respeito à dignidade inerente à pessoa humana. 3. Todas as pessoas acometidas de transtorno mental, ou que estejam sendo tratadas como tal, têm direito à proteção contra exploração econômica, sexual, ou de qualquer outro tipo, contra abusos físicos ou de outra natureza, e tratamento degradante. 5. Toda pessoa acometida de transtorno mental terá o direito de exercer todos os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais reconhecidos pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, 65/ pela Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, 84/ pela Conversão Internacional de Direitos Civis e Políticos, 84/ e por outros instrumentos relevantes como a Declaração de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, 98/ e pelo Corpo de Princípios para a Proteção de Todas as Pessoas sob Qualquer Forma de Detenção ou Aprisionamento, 99/”. Ver, também, outros princípios do documento, especialmente os seguintes: 3, 7, 8, 9 e 20”.

Decreto nº 37.532 de 28 de dezembro de 2016” (Amazonas, [ca. 2016]), como o equipamento substitutivo do HCTP de Manaus, mantendo-se, no entanto, de modo geral, as mesmas condições irregulares que permeavam a instituição anterior e constituíram a motivação da sua interdição.

Já sob a realidade do funcionamento de um novo asilo como destino para os pacientes judiciários, então sob a denominação de EP, como formalmente instituída a partir do final de 2016, o CNJ, por meio de seus órgãos – (i) a Corregedoria Nacional de Justiça e (ii) o Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medida Socioeducativas –, no mês de maio de 2022, realizou uma missão no estado do Amazonas para apurar as condições da privação de liberdade. Como resultado, foi publicado o “Relatório de Inspeções nos Estabelecimentos Prisionais do Estado do Amazonas”. Do documento, chama a atenção que, mesmo na penitenciária feminina onde presas “normais” cumprem suas penas, foi constatada a prática da contenção química ao invés da prestação de serviços em saúde mental de forma integral e interdisciplinar.

Relatou o CNJ:

Como se demonstrou anteriormente neste relatório, no Centro de Detenção Feminino, identificou-se a prática da hipermedicalização baseada em psicotrópicos com precariedade na oferta de serviços psicológicos para fins de acompanhamento terapêutico. Se comparada às unidades masculinas, o número de relatos de consumo regular de remédios calmantes e tranquilizantes foi bem maior. Dentre os documentos entregues pela direção da unidade, contava que no mês de abril, 63, das 121 mulheres reclusas, faziam uso de uma ou mais medicações psicotrópicas. Ainda no CDF, a equipe foi informada que havia 03 mulheres com transtorno mental, uma das quais cumpria Medida de Segurança e, no momento da visita, estava fora trabalhando (Brasil, 2022).

Em relação especificamente à EP, o relatório destaca que ela faz parte como um anexo do CDPM I, inaugurada no ano de 2016 devido à desativação do HCTP, em atendimento a uma Recomendação do CNJ do ano de 2013, pois operava em condições de precariedade juntamente com a centenária Cadeia Raimundo Vidal Pessoa (também desativada), e “estava distante dos objetivos para cumprimento da medida de segurança” (Brasil, 2022, p. 185). A gestão da EP é compartilhada no modelo de parceria público-privada. A capacidade da unidade é para 24 pessoas, divididas em 6 celas, com 4 camas em cada uma. Na oportunidade da inspeção, havia 22 internados. A origem dos internos não se restringe à capital, sendo o local também para o internamento daqueles oriundos do interior do estado (Brasil, 2022).

É digno de atenção, a informação, sem maiores especificações, da existência no local de 9 pessoas em cumprimento de medida de segurança, 11 provisórios, e 2 condenados, além

do registro de que “alguns dos presos são transferidos das unidades prisionais comuns para a Enfermaria sem laudos psiquiátricos”, e de que “há pacientes com transtornos psíquicos diagnosticados e alguns ainda sem laudo médico” (Brasil, 2022, p. 186-188). Esse conjunto de dados, permite inferir a ocorrência de irregularidades com a prática da internação de pessoas no equipamento manicomial sem a respectiva prescrição médica, na forma do art. 6º da LRP.

Em relação à ventilação do ambiente, constatou-se da “ventilação natural, considerando o clima da região, resulta em preocupantemente limitada. Um enorme calor dentro das celas. Some-se a isso que cada cela possui apenas um ventilador” (Brasil, 2022, p. 186-187). Acerca do trânsito dos internados no interior do asilo, houve registro de que “sobre o acesso a banho de sol e à circulação na área de vivência, ocorrem nos períodos da manhã e tarde, por duas horas em cada intervalo”. Esta informação, contudo, apesar de não constar registro expresso no relatório de que tenha sido prestada pela direção da instituição, presumivelmente, sim, pois logo na sequência é contrastada por informações obtidas da entrevista direta realizada pela equipe de inspeção com os internos, os quais “informaram que o banho de sol ocorre diariamente das 9h30 às 11h00. E, no período da tarde, apenas para aqueles que estão envolvidos em atividades educacionais. Os demais ficam trancados em suas celas” (Brasil, 2022, p. 189). Em relação às visitas sociais, apenas quinzenalmente, e limitadas a 3 horas.

Como constatado pelo CNJ em relação às condições de ventilação e ao denominado banho de sol na EP, verifica-se também afronta às condições ambientais minimamente adequadas de acordo com os padrões legais vigentes pautados como direitos fundamentais das pessoas submetidas ao enclausuramento. As Regras de Mandela – abordadas anteriormente (3.2.1) –, dada a importância do fator aeração ambiental a uma existência pessoal minimamente digna, trata do assunto em 5 dispositivos diversos (art. 13; art. 14; art. 35; art. 42; e art. 73), explicitando caracterizar-se um aspecto do qual nenhuma pessoa reclusa pode ser excluída, mesmo quando submetida a sanção disciplinar.

Por sua vez, relativamente à prática do banho de sol, serve para ressaltar a natureza eminentemente asilar do equipamento, na medida em que, além da liberdade ambulatorial restrita ao espaço físico predial da EP (ambientes interno e externo do manicômio como um todo), é sonogado o direito de permanência na parte externa (pátio e adjacências) de forma livre pelos pacientes, ao menos durante todo o período diurno, o que seria por demais razoável, considerando que a pessoa internada não foi formalmente condenada ao cumprimento de uma pena para se sujeitar a permanecer ordinariamente reclusa na cela, e apenas de forma excepcional e em período diminuto, em ambiente diverso àquele mais restritivo,

potencializando, com isso, a violação estatal ao direito fundamental previsto no art. 4º, § 3º, da LRP, proibitivo da internação em instituição asilar.

Como registro expresso integrante do relatório confeccionado pelo CNJ, consignou-se ainda:

Importa ressaltar que, conforme documentos entregues pela direção, a 1ª Vara de Execução Penal de Manaus tem determinado a desinternação de pacientes para tratamento ambulatorial, observando o fato de não existir HCTP significa que a Enfermaria Psiquiátrica é uma medida de privação de liberdade e, portanto, não cumpre formalidades legais e objetivos de medida de segurança. Dessa forma, os pacientes sofrem constrangimento ilegal de encarceramento em estabelecimento penal comum, nomeada oficialmente como medida de segurança, indicando a necessidade de forma alternativa de cumprimento de medida de segurança, evitando o encarceramento de pacientes (Brasil, 2022, p. 187).

A precarização da atenção à saúde do paciente e o respectivo tratamento nessa mesma perspectiva é evidenciada pela verificação, durante a inspeção, da ausência de um plano terapêutico individualizado, preponderando a faceta sancionatória da medida de segurança, pois “os profissionais não atuam e nem elaboram o Plano Terapêutico Singular (PTS), as condutas são coletivas ou em resposta a um quadro clínico específico, sem um planejamento individual propositivo com base em uma discussão coletiva da equipe multidisciplinar” (Brasil, 2022, p. 188). A não confecção do PTS configura genuína afronta aos incisos I e II do parágrafo único do art. 2º da LRP, na medida em que não se verificam as necessidades singularizadas de determinado cidadão para a formulação de um plano de cuidados específicos e, por consequência, deixa-se de propor uma diretriz para a mais célere possível reintegração do paciente ao corpo social geral.

Embora sem maiores especificações das circunstâncias, há menção no relatório do CNJ de que “houve relato de um óbito – enforcamento com lençol – em abril de 2021” (Brasil, 2022, p. 191). Além disso, apesar de ter sido solicitado o livro de ocorrências pela equipe de inspeção à direção, foi “informada que tal expediente não estava disponível para consulta no momento” (Brasil, 2022, p. 190). Nessa mesma órbita, também “há o registro de dois casos de tortura institucional na unidade, sendo que um servidor penal ainda presta serviços no estabelecimento” (Brasil, 2022, p. 191).

A esse respeito, por meio de um Manual lançado no ano de 2023, que objetiva simplificar a compreensão e a respectiva operacionalização da Política Judiciária

Antimanicomial¹⁰², o próprio CNJ reconhece expressamente o ambiente do HCTP como um palco privilegiado para a sistemática violação dos direitos fundamentais à preservação das integridades física e psicológica dos cidadãos institucionalizados.

O respeito à integridade física e moral é princípio e direito que acompanha a pessoa privada de liberdade provisória ou definitivamente e, nesse prisma, cabe sua garantia também no contexto da execução da medida de segurança. Trata-se de direito historicamente vilipendiado tanto no sistema carcerário comum quanto no psiquiátrico [...] (Brasil, 2023b, p. 65).

A preservação da incolumidade física e moral das pessoas custodiadas pelo Estado e, portanto, sob o seu poder-dever de guarda, bem como a proibição da imposição de penas de morte ou cruéis, há de se destacar, constituem garantias fundamentais do cidadão, previstas, respectivamente, nos incisos XLIX e XLVII, alíneas *a* e *e*, do art. 5º, da CRFB/88¹⁰³. Em correspondência, condiz a um dever estatal, inclusive sob o regime da responsabilidade objetiva, de que o Estado, como guardião das pessoas submetidas ao regime especial de sujeição, garanta a preservação da integridade dos seus caracteres físicos e psíquicos. Nessa linha, tanto os episódios de tortura, quanto o do óbito nas circunstâncias do enforcamento, em conformidade ao relato do CNJ, ensejam tanto violação estatal aos comandos constitucionais referidos, quanto aos das Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos (art. 1º; art. 32, *d*; art. 43).

Outra importante fonte de dados para proceder à análise do ambiente da EP corresponde ao “Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais” (CNIEP). Trata-se de uma ferramenta de consulta “online” disponibilizada no sítio virtual do CNJ, alimentada com dados dos relatórios de inspeções mensais realizadas pelos Juízes de Execução Penal nos estabelecimentos penais. Por meio dessa plataforma, é possível verificar dados mais recentes, como os referentes à inspeção realizada no mês de maio de 2024 na EP instalada em Manaus. Nesta, relativamente às “condições do estabelecimento penal” a classificação foi: “péssima”; Se “Estabelecimento para tratamento de saúde?” classificação: “Não”. A capacidade projetada apresenta o número de: 26 vagas; ocupadas com: 19 internos; sendo os “presos provisórios”: 8; “presos em cumprimento de pena no regime fechado”: 2; e “internos em cumprimento de medida de segurança”: 9 (Brasil, 2024a).

¹⁰²Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ n. 487 de 2023. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>

¹⁰³“Art. 5º [...] XLVII - não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX; [...] e) cruéis; XLIX - é assegurado aos presos o respeito à integridade física e moral”.

No campo específico “considerações do juiz responsável pela inspeção” consta:

Unidade com pouco número de vagas, disposta fisicamente dentro de uma Unidade Prisional com contrato com a Terceirizada, sendo iniciado a realização de atividades básicas de manutenção e de disponibilização de profissionais técnicos, unidade destinada a presos para cumprimento de Medida de Segurança e que não permite separação de presos condenados de presos provisórios e em cumprimento de medida de segurança (Brasil, 2024a).

Verifica-se dos dados consignados no CNIEP que, no próprio signo discursivo escolhido pelo juiz para designação das pessoas em sofrimento mental cumpridoras da medida de segurança no estado do Amazonas, haver a incorporação da ideia de base retributiva – como a ínsita ao caso da prisão para cumprimento de uma pena ou da prisão provisória “dos normais”, os quais, habitualmente, são designados como “presos”. Assim, malgrado as políticas públicas no plano pretensamente institutivo indicarem sentido oposto, verifica-se uma verdadeira coerência entre a escolha da designação “presos” pelo magistrado e a resposta expressa classificatória de que o estabelecimento “não” tem natureza e, pois, não é destinado para cuidados de saúde.

Em 5 de abril de 2023, a Defensoria Pública do Estado do Amazonas (DPE/AM) também realizou uma inspeção na EP¹⁰⁴. A partir de uma análise do relatório ao final produzido, e pautando-se pelas lições de Goffman acerca das normas que afetam os internados na instituição total, infere-se que a EP, pretensamente destinada ao atendimento da saúde da pessoa internada, é paradoxalmente “regida por regulamento interno padrão da SEAP” (Amazonas, 2023, p. 2). Isto é, o conjunto de normas destinado a regulamentar as relações e o funcionamento do manicômio trata-se do mesmo regime regulamentar elaborado para os presídios, cuja preponderância de preocupação está ligada à questão da segurança, e não com a promoção do bem-estar e da saúde visando a capacitação do internado para seu restabelecimento ao convívio social. Além do mais, relativamente à estruturação física do ambiente manicomial, “conta com unidades individuais alegadamente adaptadas para receber pacientes com transtorno mental em conflito com a Lei” (Amazonas, 2023, p. 3). Sob tal ótica, convém repisar que, devido a ter sido originalmente concebida para a finalidade prisional, a arquitetura das instalações prediais não se apresenta como adequada às exigências legais dos necessários e devidos cuidados em saúde mental.

¹⁰⁴Importante informar que o autor deste trabalho participou dessa inspeção e da confecção do respectivo relatório.

Campos-de-Carvalho, Cavalcante e Nóbrega (2011, p. 28) explicam que, no campo da Psicologia Ambiental, o ambiente é compreendido como “um conceito multidimensional”, onde “tudo o que estiver presente em um determinado ambiente – inclusive as pessoas – é parte que o constitui”. Para os autores (2011, p. 37-38), uma questão que demanda análise nessa conjuntura é a “não neutralidade dos contextos ambientais”, na medida em que eles “não são isentos de valores”. Desse modo, tanto as regras elaboradas por quem exercerá o controle para incidir sobre os demais e seus comportamentos, como a própria disposição física do ambiente asilar, revelam, para além de qualquer discurso oficial declarado, qual é, de fato, o tipo de ambiente e controle que se objetivou efetivar sobre os internos da EP. Tal é sustentado na linha de que “a organização do ambiente gera expectativas sobre quais pessoas serão as usuárias e quais comportamentos se espera que ocorram”, pois a forma de organização “transmite significações, tais como as intenções e valores das pessoas que os construíram e os controlam” (Campos-de-Carvalho, Cavalcante e Nóbrega, 2011, p. 38).

Nessa perspectiva, passemos então a analisar alguns dos ambientes constituintes do ambiente manicomial da EP, iniciando pela amostra de uma das suas celas.

Figura 5: Interior de uma cela da Enfermaria Psiquiátrica



Fonte: DPE/AM, 2023

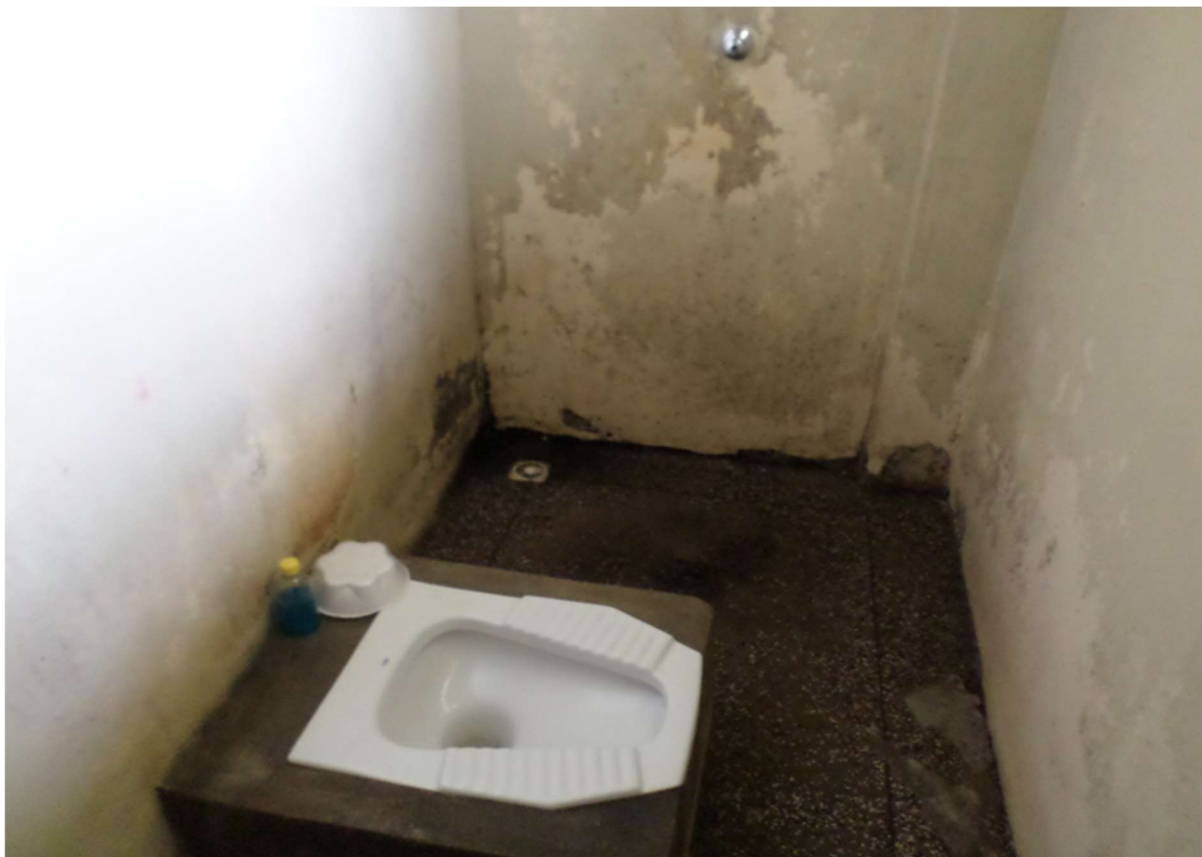
A Figura 5 bem ilustra o registro da DPE/AM de que “as unidades individuais, conforme percebido em inspeção, possuem estrutura similar a uma cela penitenciária, com higienização precária e sem adaptações razoáveis para o recebimento de pacientes com transtorno mental” (Amazonas, 2023). Além dos dois beliches de concreto e os respectivos quatro colchões que, conjuntamente, formam quatro camas, e daí, as quatro vagas projetadas, percebe-se como disponível um diminuto espaço físico para o desenvolvimento da vida com dignidade por quatro pessoas, não condizente com um “tratamento” capacitador para retorno ao convívio social, notadamente em se passando nele confinado aproximadamente vinte horas diárias, por anos e anos.

Tomada essa cela como um microambiente no ambiente manicomial maior, ela em nada difere da cela de uma prisão, exceto quanto à ausência da superlotação, que nas prisões se constituiu como regra já “normalizada”. Ao fundo do beliche mais distante na imagem, servindo também de separador, fica o banheiro, já se podendo visualizar o chuveiro no centro-superior da imagem e o balde – que faz as vezes de pia e reservatório de água – na parte inferior-direita. Acima do mesmo beliche, na parede aos fundos da cela, encontra-se um conjunto de pequenas e poucas aberturas verticais para a ventilação natural. Ainda, não abrangido na imagem, mas na parede sobre a porta de entrada, está instalado um ventilador de tipo e tamanho doméstico.

Na linha do panorama apresentado, há de se destacar por dedução que, além da natureza de asilo em que se constitui todo HCTP, pela inobservância dos direitos elencados no art. 2º da LRP, a EP, em específico, apresenta um intenso grau construtivo ao deambular interno dos pacientes, dado que não dispõe de alas mais amplas integradas por leitos – como ambientes característicos próprios de dormitórios ou enfermarias –, mas, sim, a unidade celular existente afigura-se como ao da arquitetura genuína de uma cela penitenciária. Como anteriormente relatado, há de se frisar o imprevisto na instalação da EP no local, utilizando-se de parte da instalação do CDPM I, que fora originalmente projetada para a destinação prisional-carcerária.

Relativamente ao fator aeração, do qual o CNJ já havia se ocupado há um ano antes da inspeção levada a cabo pela DPE/AM, considerando as condições climáticas locais, constata-se que as aberturas na parede, como apresentadas na Figura 5, são insuficientes para uma adequada ventilação congruente às necessidades de habitabilidade humana sob forma digna, constituindo-se, pois, como afronta, entre outras normas, especificamente ao art. 14, *a*, das Regras de Mandela: “As janelas devem ser grandes o suficiente para que os presos possam ler ou trabalhar com luz natural e devem ser construídas de forma a permitir a entrada de ar fresco mesmo quando haja ventilação artificial” (ONU, 2015).

Figura 6: Banheiro que integra a cela da Enfermaria Psiquiátrica



Fonte: DPE/AM, 2023

Na Figura 6, continua-se a ilustração da cela mencionada na descrição da Figura 5, focando agora na parte posterior do beliche. Na imagem, é possível observar mais detalhadamente o local onde ocorre o banho, com um chuveiro sem água aquecida, e na parte central do banheiro encontra-se o aparelho sanitário, posicionado próximo ao nível do chão. O sistema de descarga é improvisado, utilizando a água armazenada no balde que também funciona como pia, conforme explicado anteriormente e visível na Figura 5.

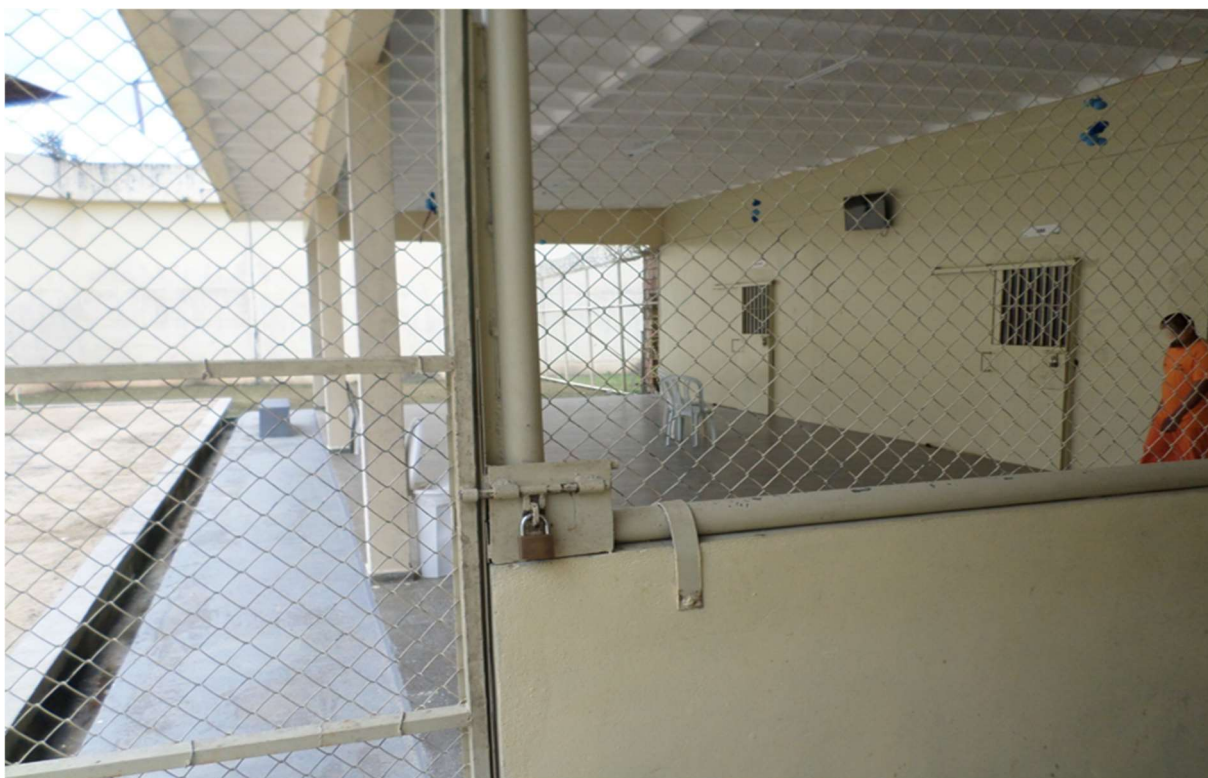
Como se visualiza do registro visual acerca das condições sanitárias encontradas por ocasião da inspeção realizada, vislumbra-se que elas não se adequam para adimplir as condições de dignidade e necessidades de uma pessoa demandante de cuidados para com o tratamento da própria saúde. As instalações, em nada se diferenciam às condições de um aparelho sanitário componente de uma cela integrante de unidade prisional. Ainda que se tratasse da análise sobre as instalações sanitárias de uma penitenciária, o que, ao menos em tese, não é o caso, mesmo assim estar-se-ia conflitante à disposição do art. 15 das Regras de Mandela: “As instalações sanitárias devem ser adequadas para possibilitar que todos os presos façam suas necessidades fisiológicas quando necessário e com higiene e decência” (ONU, 2015).

Figura 7: Área externa para os internos na Enfermaria Psiquiátrica – parte descoberta



Fonte: DPE/AM, 2023

Figura 8: Área externa para os internos na Enfermaria Psiquiátrica – parte coberta



Fonte: DPE/AM, 2023

O espaço externo às celas do ambiente manicomial, reservado para o acesso dos internos durante os denominados “banhos de sol”, ou seja, os períodos em que deixam as celas para acessar a área externa do pavilhão, constitui-se basicamente no conjunto ilustrado pelas Figuras 7 e 8. Cabe esclarecer que as áreas representadas nas referidas Figuras são contíguas. A área mostrada na Figura 7 consiste em uma superfície de areia, sem cobertura, uma espécie de “campinho” que, no momento retratado, era utilizado como local improvisado para a realização de refeições. Na Figura 8, vê-se uma área menor, com superfície rígida de alvenaria e cobertura para abrigo contra chuva ou sol.

Para além de uma instituição eminentemente asilar, torna-se perceptível na EP a presença de características físicas ligadas primordialmente à preocupação estatal com os aspectos da segurança (restrição ambulatorial e prevenção de fugas), como é próprio de uma penitenciária, ao invés de uma perspectiva voltada a proporcionar os devidos e necessários cuidados com a saúde dos cidadãos internados. Basicamente, toda a área externa às celas em que os pacientes têm acesso, se resume a estes espaços contíguos e bem trancafiados a cadeado, retratados pelas Figuras 7 e 8. É importante destacar, mais uma vez, que o ambiente em que instalado a EP, não foi projetado para a finalidade legalmente idealizada de cuidados com a saúde mental, tratando-se de uma verdadeira improvisação de parte do espaço carcerário previamente existente no local. Aliás, como visto anteriormente, até o antigo HCTP de Manaus foi fruto de um improviso semelhante, com a instalação em condições ambientais também precárias, de forma anexa à antiga Penitenciária Raimundo Vidal Pessoa.

Acerca da utilização de forma improvisada do “campinho” pelos pacientes para realizar suas refeições, cumpre consignar a ausência de algum local próprio e adequado (refeitório ou congênere) destinado para tanto na EP. Nesse sentido, vislumbra-se não se tratar de alguma espécie de “mania” ou preferência dos internados em fazer uso do espaço para tal finalidade. Desse modo, confere-se a ausência de fornecimento pelo Estado de condições dignas aos cidadãos também para as ocasiões de proceder sua alimentação.

Essa conduta estatal destoava ao tratamento devido a todo e qualquer cidadão, sobremaneira àquele recolhido sob sua guarda para o fim declarado do tratamento de saúde, mas que, de fato, diverge de todos os padrões legais de conduta adequada e devida, notadamente às disposições da LRP e à pauta democrática dignificante e libertária da pessoa que a pressupõe. Em alguma medida, tal fato não difere e traz à lembrança a forma desumana de tratamento dispensada aos pacientes psiquiátricos no país no período pré-CRFB/88, como anteriormente apresentado neste trabalho em relação a algumas passagens relacionadas ao antigo Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais.

Como parte das conclusões lançadas pela Defensoria Pública em decorrência da inspeção na EP, consignou-se no documento final:

O modelo adotado para o trato dos internos, como constatado, se não idêntico, em muito se assemelha com o modelo asilar-manicomial, que ao menos desde 2001, com o advento da Lei 10.216, deveria também de fato ser superado, na esteira das balizas internacionais consideradas mais aptas a tratar pacientes com problemas de saúde mental, sob o regime de humanização do atendimento como sujeitos de direitos que são.

Além de inseridos em ambiente asilar, nota-se com certo alerta que os internos têm disponível apenas 4h diárias de liberdade, passando 20h dentro de unidades de contenção, havendo verdadeira caracterização de acolhimento asilar – o que é vedado pelo art. 4º, §3º, da Lei 10.216/2001.

É preocupante a informação de que a unidade não dispõe sequer dos registros médicos anteriores ao asilamento dos pacientes. Também preocupa a inversão da lógica da política antimanicomial, ao se afirmar a periodicidade da realização de exames de cessação de periculosidade, de caráter da área da saúde, atuar de acordo com a agenda judicial, ao invés da devida atividade proativa e prévia desses profissionais, para demonstrar a eventual desnecessidade da manutenção da internação independente de interpeleção judicial.

[...] É necessária integração entre o Poder Judiciário e os serviços da Rede de Assistência Psicossocial (RAPS) a fim de redirecionar o modelo de tratamento das pessoas privadas de liberdade em conflito com a lei.

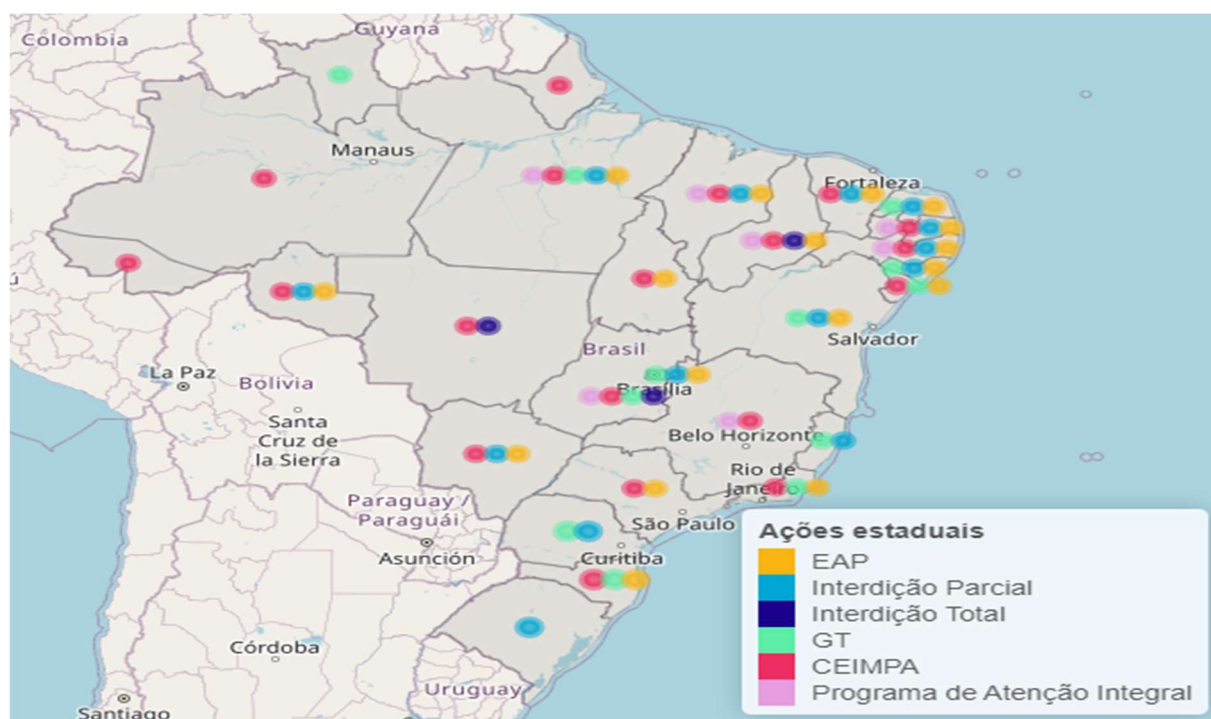
[...] a solução é o redirecionamento do modelo de tratamento das pessoas com transtorno mental, incluídas as adjetivadas como em conflito com a lei, para o tratamento de saúde na Rede de Atenção Psicossocial observada a territorialidade, com a interdição da Enfermaria Psiquiátrica, reservando-se a internação para os casos que realmente denotem sua necessidade em caráter excepcional e temporário em leitos de hospitais gerais, por meio de prévio laudo médico circunstanciado (Amazonas, 2023, p. 16-18).

Como consignado pela DPE/AM ao final da inspeção realizada, detectou-se do estado ambiental da EP um verdadeiro quadro sonegador da incidência da LRP e dos demais padrões de cuidados em atenção psicossocial, como legalmente devidos aos sujeitos de direitos a que a norma visa tutelar de forma específica, incluindo também aqueles em sofrimento mental admitidos ao serviço por meio da atuação das agências criminais, não havendo, por essa razão, perda das posições ínsitas à cidadania. Como foi discutido no relatório, de forma substancial, o ambiente da EP não difere ao de uma instituição de natureza asilar, a qual, nos termos da LRP, tem a utilização proibida e, portanto, coincide à vedação da sua própria existência. No caminho propositivo, em linha com os preceitos constitucionais e legais regentes da temática, é apontado como solução ao quadro de ilegalidade constatado, a implementação sob a forma integral dos comandos da política pública instituída na LRP, incluindo a completa interdição da EP.

Contudo, a partir de uma análise de dados mais atualizada, mediante consulta à ferramenta virtual disponibilizada pelo CNJ no seu sítio virtual, denominada “Painel de ações

estaduais para implementação da Resolução CNJ n. 487/2023¹⁰⁵”, a despeito de todas as constatações e alertas já promovidos pelas instituições acerca do ambiente manicomial em funcionamento no Amazonas após proceder inspeção *in loco*, ainda assim pode-se constatar que, até o momento¹⁰⁶, mantém-se o estado de não interdição da EP contrariamente à própria essência da LRP e da Resolução nº 487/2023 do CNJ, uma e outra editadas em consonância com uma gama de outros *standards* nacionais e internacionais de direitos humanos, voltados a uma “nova” forma de dispensação de cuidados e tratamento ligados ao quadro do sofrimento mental.

Figura 9: Mapa das ações estaduais



Fonte: CNJ, 2024b (com adaptações)

¹⁰⁵Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/painel-de-acoes-estaduais-para-implementacao-da-resolucao-cnj-n-487-2023/>. Acesso em: 8 set. 2024.

¹⁰⁶Embora sem alguma correspondente alteração de redação na versão disponível para consulta da Resolução nº 487/2023 no site do CNJ, algumas reportagens veiculadas no site do Conselho noticiaram por duas vezes a dilação de prazos para a interdição dos HCTPs, a mais recente, datada de 20 de agosto de 2024, consigna a inovação dada pelo CNJ que “fixou, em 29 de novembro de 2024, a data-limite para que tribunais apresentem pedidos de prorrogação de prazos relacionados à implementação da Política Antimanicomial do Poder Judiciário. Por unanimidade, o Plenário do CNJ aprovou, nesta terça-feira (20/8), alteração pontual da Resolução CNJ 487/2023, que institui essa política. [...] Os pedidos de adiamento a serem solicitados pelos tribunais em articulação com os demais atores institucionais envolvidos na execução local da Política devem apresentar a fundamentação que comprove a necessidade do prazo adicional, a descrição das ações pendentes e o cronograma relativo à prorrogação pleiteada, com as etapas previstas e os respectivos responsáveis” (Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/tribunais-poderao-solicitar-mais-prazo-para-implementar-politica-antimanicomial/>. Acesso em: 8 set. 2024).

Na fonte da qual foi extraído o mapa virtual representado na Figura 9, ele é ainda acompanhado do seguinte glossário:

CEIMPA: Unidades da Federação que instituíram o Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário, previsto na Resolução CNJ nº 487/2023.

EAP: Unidades da Federação que contam com equipes conectoras entre o Poder Judiciário e a Saúde por meio do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

GT: Unidades da Federação que instituíram Grupos de Trabalho para implantação e monitoramento da Política Antimanicomial do Poder Judiciário.

Interdição Parcial: Unidades da Federação que realizaram interdição parcial de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico, após a edição da Resolução CNJ n. 487/2023.

Interdição Total: Unidades da Federação que realizaram interdição total de estabelecimentos, alas ou instituições congêneres de custódia e tratamento psiquiátrico.

Programa de Atenção Integral: Unidades da Federação que implementaram Programas de Atenção Integral às Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei.

Em que pese inexistir uma exata ordem sequencial de etapas para cumprimento pelas unidades federativas para a implementação da política pública na integralidade, o que se denominou “Programa de Atenção Integral”, certo é que a “Interdição Total” ordinariamente faz-se precedida da “Interdição Parcial”, que por sua vez, provavelmente deve ser precedida da instituição do “Comitê Estadual Interinstitucional de Monitoramento da Política Antimanicomial no âmbito do Poder Judiciário” (CEIMPA) o qual, como aludido pelo Manual da Política Antimanicomial do Poder Judiciário (2023b), na medida em que é o órgão encarregado do apoio permanente a todas ações desinstitucionalizadoras e do constante monitoramento da política antimanicomial judiciária.

Nessa perspectiva, é reconhecível da Figura 9 que, no curso desse processo desinstitucionalizador, o Amazonas apenas instituiu o CEIMPA, o que, inclusive, só ocorreu muito recentemente, em 31 de julho de 2024 (Brasil, 2024b). Portanto, a providência foi tomada quando até mesmo já vencidos os prazos originalmente instituídos na Resolução nº 487/2023 do CNJ para efetivação das interdições parcial e total da EP, respectivamente implementados em 28 de novembro de 2023 e 28 de maio de 2024.

Há de se ressaltar que, na perspectiva do Estado de Direito, ao contrário do que ocorre no âmbito das relações jurídicas privadas, o Estado não pode se movimentar ou deixar de assim proceder senão em compasso com as leis em observância ao princípio da legalidade. Dessa

maneira, a negação estatal ao gozo do direito fundamental do cidadão à desinstitucionalização não encontra respaldo sequer na ausência da implementação dos serviços diversos ao manicômio no território, cuja concretização também é de sua obrigação. Pensar em sentido diverso, corresponderia a admitir como juridicamente tolerável valer-se da própria torpeza, com afronta ao princípio ético-jurídico da boa-fé.

Essa conclusão, inclusive encontra admissão em recente publicação do próprio CNJ:

A indisponibilidade de vagas em **Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**, a desarticulação das redes ou a ruptura de vínculos familiares não podem justificar a privação de liberdade em instituições asilares como HCTPs, hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. A pessoa titular do direito não pode ser responsabilizada por obrigações do Estado não executadas (2023b, p. 102).

Enfim, convém destacar que a diversidade dos dados, análises e perspectivas de abordagem com a variabilidade dos autores e instituições que foram trazidas ao diálogo estabelecido sobre o ambiente manicomial judiciário neste tópico do trabalho, mais do que um emaranhado desconcertado de evidências materiais e científicas, convola-se em um rico substrato convergente sobre a base comum da antipsiquiatria. Esta, não caracterizada como uma negativa peremptória à importância do saber psiquiátrico, mas na inadmissão daquele (re)produzido exclusivamente no interior do manicômio, a fim de permitir, também para a pessoa com sofrimento mental, mesmo selecionada pela malha penal, dispor de tratamento multidisciplinar no meio social aberto, sem deposição, na maior medida possível, à toda gama de direitos, garantias, e respectivas prestações a que faz jus, inerentes ao conteúdo substancial da cidadania perante a sociedade e o Estado.

Acerca do florescimento de uma “nova” práxis, lembra Paulo Amarante (2007, p. 19) que, “até muito pouco tempo atrás, ‘trabalhar na saúde mental’ era o mesmo que trabalhar em hospícios, em manicômios, em ambulatorios e emergências de crise psiquiátrica. Era trabalhar com loucos agressivos, ambientes carcerários, desumanos, de isolamento e segregação”. O autor (2007, p. 20), porém, complementa: “Note que eu disse ‘era’, pois já não é mais exclusivamente assim. Muitas perspectivas e cenários estão surgindo em todo o mundo que estão transformando radicalmente o campo da saúde mental”.

Desse modo, é necessário em relação aos pacientes judiciários, pois, que o Poder Judiciário por seus múltiplos órgãos, que se constituem na prática como os verdadeiros donos da porta de entrada do MJ, se permitam compreender o novo marco surgido na histórica jornada do entrelaçamento psiquiátrico-jurídico, privilegiando o estabelecimento da política pública

instituída pelo povo por meio de seus representantes, demandando, para isso, antes de tudo, uma tomada de decisão política no plano prático-judiciário condizente com o paradigma antimanicomial pressuposto, a ser concretizada pela busca da interpretação dos direitos e garantias previstas nos textos e *standards* legais já positivados, pautando-se pelo critério da máxima efetividade dos direitos fundamentais a todos os cidadãos para a criação/aplicação de normas sob as balizas e à luz da CRFB/88 desconstrutivistas do MJ.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desconstrução da EP, assim como a do ambiente do MJ por todo o país, trata-se de mais um passo crucial e determinante para a consagração de um novo capítulo na história da compreensão sobre a doença mental e a respectiva forma da sua abordagem. Se em momentos históricos pretéritos o culto aos direitos humanos não era uma exigência, notadamente pelo desconhecimento ou não reconhecimento da categoria, atualmente sob o inovado espírito do Estado de Direito, as posições jurídicas que esta forma de institucionalidade defere individualmente a cada cidadão, como integrante do povo do qual todo o poder emana, consiste na própria razão existencial do Estado como uma criação sociocultural.

Nessa linha, os objetivos fundamentais contemplados na CRFB/88 constituem uma bússola indissociável para que o Estado brasileiro, por meio de seus agentes, persiga as finalidades estatais da construção de uma sociedade livre, justa e solidária, com a erradicação das marginalidades e redução das desigualdades, para tanto, buscando promover o bem de todos, sem preconceitos ou discriminação enquanto distinções indevidas, fundamentadamente sob a consideração dos valores da dignidade da pessoa humana e da cidadania.

A variabilidade das maneiras de entendimento e interação com a anormalidade, reconhecida como presente no comportamento de determinados indivíduos, remonta desde há tempos históricos não documentados, mantendo-se sempre presente nessa perspectiva ao longo da estruturação social conhecida. Ao menos desde a Antiguidade, repetida na Idade Média até a atualidade, sob o curso de um processo sucessório não-retilíneo ou necessariamente uniforme na perspectiva geográfica, inicialmente pautada sob uma concepção mitológica-teológica, passando à passional-psicológica e à organicista, fundamentalmente sob influência cultural eurocêntrica, a loucura consagrou-se como o comportamento desviante que se afasta à expectativa comportamental esperada pela consciência social em determinado período e local.

Ao contrário do disseminado imaginário social contemporâneo, a anormalidade do comportamento individual nem sempre esteve ligado ao pensamento negativista e estigmatizante sobre essa condição particular da existência de alguém, permitindo e proporcionando ao “louco” uma experiência de vida comunicativa e participativa da comunidade. Entretanto, desde o alienismo, como o gérmen da Psiquiatria tradicional, difundiu-se a ideia do tratamento da loucura no modelo hospitalocêntrico, segregacionista e excludente. A cultura derivada do racionalismo, precursora da prática da “grande internação”, ao se moldar sob a base científico-positiva, proporcionou a criação um campo privilegiado para o desenvolvimento do saber médico-psiquiátrico nosográfico, que, mais adiante, foi

paulatinamente transformado em genuíno poder e monopólio da Psiquiatria sobre a alienação e, propriamente, sobre a gestão da vida dos alienados.

Nesse cenário é que emerge o entrelaçamento entre os poderes psiquiátrico e jurídico-judicial. Para tanto, estabeleceu-se uma intermediação dialógica de que se valeram, reciprocamente, a Criminologia e a Psiquiatria. Partindo de um viés organicista, buscou-se aproximar a figura do criminoso à de um específico doente mental, culminando no quadro de síntese das origens determinantes, no qual se confundem em um as características de ambos. A categoria do “criminoso nato” idealizada por Lombroso, sequencialmente “aperfeiçoada” pelas proposições da “monomania” de Esquirol e a da “degenerescência” de Morel, serviram como canal para a exclusão social do alienado, que, até então, sob a teoria do Direito Penal Clássico, por ser considerado incapaz de racionalidade sobre seus atos, em razão deles não poderia ser penalmente responsabilizado.

Desse modo, ainda que desprovido da capacidade de entendimento e/ou de conduzir seu comportamento em conformidade com ele para a formação da culpa e conseqüente sujeição a uma pena, o Direito Penal não apenas passou a admitir a segregação do doente mental como forma de sanção penal, independentemente da capacidade de culpabilidade, mas também autorizou mantê-lo excluído do meio social por tempo indeterminado, inclusive, mesmo por período perpétuo até sua morte, com base na construção da categoria jurídica da periculosidade, fundamentada no discurso da necessidade de defesa social.

Essas concepções e práticas que, de fato e sob forma improvisada já se impunham no Brasil sob os auspícios de Nina Rodrigues e seus seguidores, apenas foi formalmente integrado ao ordenamento jurídico brasileiro com o Código Penal Brasileiro de 1940, dando o desencadeamento à construção do MJ como instituição legalmente instituída, separada dos hospícios, que foram sendo disseminados por todos os cantos do país. Porém, desde a reforma da Parte Geral desse Código, ocorrida no ano de 1984 conjuntamente à edição da – primeira – Lei de Execução Penal, não mais subsiste qualquer previsão legal acerca da – pretensa – periculosidade enquanto categoria jurídica no corpo da legislação pátria, na medida em que as disposições legais que dela tratavam foram então expressamente revogadas.

No entanto, na prática, nada ou muito pouco se mudou pós 1984, sem podermos nos esquecer acerca das reminiscências do período autoritário atravessado na realidade nacional até 1988. Na sequência, com o advento de uma nova ordem jurídico-constitucional alicerçada na vontade e decisão político-jurídica do povo brasileiro, instituiu-se a determinação de que inexistente pena sem culpa (art. 5º, LVII), com isso explicitando a não-recepção do regime jurídico da periculosidade, que, frisando-se novamente, em razão da revogação expressa desde 1984, já

não mais existia no âmago da legislação infraconstitucional. Mesmo assim, a realidade dos cidadãos com sofrimento mental selecionados pelo sistema penal não sofreu alterações substanciais, tendo como destino, mesmo sem culpa, a exclusão e a invisibilidade, por tempo incerto e até mesmo perpétuo, até a verificação da morte, provavelmente antecipada pelas condições ambientais.

Então, há de se ressaltar hoje que, legalmente inexistente base para a imposição das eufemísticas “absolvições impróprias” aos então ordinariamente designados de “loucos infratores”. Contudo, também há de se destacar que, a despeito disso, por exclusiva força judiciária, elas permanecem sendo rotineiramente aplicadas como parte de um ritual judicial próprio, voltado à ampliação da estigmatização social do “louco”, pelo qual, no curso do processo ritualístico, etiqueta-o com a nova pecha adjetiva de “infrator”, como autêntico passo necessário e – questionavelmente – legitimador do ato de selar o destino do cidadão como mais um interno de algum MJ.

A despeito da realidade das atrocidades cometidas pré e pós 1988, das quais alguns episódios foram trazidos à tona para o conhecimento público, referentes à forma de “tratamento” dispensado e às condições ambientais desumanas como proporcionadas aos doentes mentais nos espaços do internamento psiquiátrico, mesmo com a CRFB/88 não se fez impor desde logo alteração substancial no quadro. Assim, mesmo assumida a premissa de se passar ao largo da discussão sobre a não-recepção da segregação penal sem culpa, o que interditaria o prosseguimento do debate, importa enfatizar que, em linha com a mobilização dos profissionais da saúde, familiares e demais cidadãos no contexto maior de luta pelo direito à saúde pública, dentro do qual muitos movimentos especificamente antimanicomiais se fizeram presentes, a nova ordem constitucional inequivocamente instituiu o SUS como sistema universal, integral e gratuito.

Ademais, no art. 225, pautada no paradigma antropocêntrico mitigado, a CRFB/88 também instituiu a garantia em dimensão dúplice, difusa e individual, de asseguramento ao direito de gozo a condições ambientais equilibradas como elemento essencial para o bem-estar e à própria existência humana saudável, condizente ao direito destinado a todos a viver com dignidade, cuja construção proíbe a exposição de qualquer ser humano às condições do meio ambiente em qualquer de seus aspectos, incluído o artificial, degradados e desumanizantes, como ordinariamente se constituem aqueles voltados à “mortificação do eu” como são próprios do MJ, representante da mais intensa espécie de “instituição total”.

O PL nº 3.657/89 de autoria do deputado Paulo Delgado, apesar de rapidamente aprovado na Câmara Federal, ficou quase “inerte” no Senado Federal, somente tendo a

tramitação regular para final conversão em lei muito mais em razão da pressão internacional decorrente do caso Damião Ximenes Lopes perante a CorteIDH do que por outro motivo, considerando fatores como: o espectro político reacionário dos legisladores e/ou os *lobbies* exercidos por proprietários de hospícios em face deles, buscando manter o modelo hospitalocêntrico privado com financiamento público.

Aprovado como a LRP em 2001, mesmo com as muitas alterações em relação ao texto original de 1989, pode ser considerada, no nosso plano interno, como o instrumento jurídico basilar da política pública pautada no paradigma antimanicomial. Concebeu direitos específicos, sem discriminação, para todos os cidadãos com transtorno mental. Notadamente o de acesso ao melhor tratamento multidisciplinar e específico às necessidades singulares do paciente considerado individualmente. Além disso, o de ser tratado junto aos serviços comunitários da rede de assistência psicossocial no território, orientado pela busca incessante da manutenção e promoção da autonomia pessoal. A internação, também previu, é admissível apenas como meio excepcionalíssimo, por prescrição médica motivada quando esgotados outros meios, por período transitório, a ser realizada em leitos de hospitais gerais. Ademais, cuidou expressamente de proibir a existência de equipamentos com natureza de asilo, como se constitui a EP, no caso do Amazonas.

Do necessário exercício interpretativo pautado no diálogo das fontes, formado pela órbita da política pública institucionalizada com a LRP conjuntamente aos outros instrumentos normativos nacionais e internacionais, tem-se a configuração dos padrões exigíveis para os cuidados e tratamento em saúde mental. Tendo estes *standards* como paradigma, verificou-se que as condições ambientais da EP – como devidamente corroborado pelas evidências empíricas constituídas nas inspeções *in loco* realizadas por diversas instituições oficiais – configuram um estado de coisas ilegal, perdurável enquanto mantida em funcionamento, com repercussão sobre o quadro de saúde física e mental dos cidadãos submetidos ao internamento – além dos que eventualmente podem vir a ser nela internados. Esse cenário caótico de ilegalidade decorre das generalizadas violações de direitos humanos fundamentais, assim, tanto os ligados às disposições normativas específicas para a proteção das pessoas com transtorno mental reconhecidos como cidadãos, quanto o direito assegurado constitucionalmente ao gozo de um meio ambiente equilibrado como fator essencial ao bem-estar e à sadia qualidade de vida.

A Resolução nº 487/2023 do CNJ, embora ressalvado o atraso de mais de vinte anos para sua edição, apresenta-se como importante elemento indutor da concretização de direitos relativamente aos pacientes judiciários. Contudo, as duas décadas que se passaram sem sua existência, não se revelam como elemento idôneo à isenção de críticas aos órgãos judiciários

que, após o advento da LRP, não implementaram anteriormente a política antimanicomial ao público destinatário. A citada Resolução não consiste, como nem consistiu em qualquer momento pretérito, como elemento imprescindível para solucionar o problema, já que, independentemente dela, mas diante de vontade político-judiciária, o direito foi concretizado em algumas partes do país.

Constatou-se do trabalho que, a partir da promulgação da LRP e mediante vontade política, ou ainda melhor pela tradução sob a perspectiva de Hesse: “vontade de Constituição”, a tempestiva tomada de decisão empreendida ao menos pelos Tribunais de Justiça de Minas Gerais e de Goiás, respectivamente com a implementação dos denominados PAI-PJ e PAILI, em relação a jurisdicionados determinados: “loucos infratores” – no caso, considerados como verdadeiros cidadãos que são, sem imposição de alguma discriminação comparativamente aos demais sujeitos tutelados pela norma e não selecionados pela malha penal –, desde o limiar dos anos 2000, assegurou a eles o exercício da tutela específica fundamental, com a efetivação do paradigma antimanicomial, tanto aos que já se encontravam, como aos que viriam a estar, internados no MJ dos respectivos estados. Evitou-se, assim, com base na CRFB/88 e LRP, muita segregação, exclusão, vulnerabilização, invisibilização, como elementares do processo precarizador de vidas – talvez perdurável até o momento da morte, antecipada, ou não, pela sujeição às condições ambientais e do tratamento dispensado – como consequência ínsita da própria institucionalização.

Dado todo esse cenário, não apenas na linha jurídica-dogmática, mas também na sociológica e filosófica que envolvem as realidades sobre o tema tratado, a respeito do fato de a EP persistir a existir sob funcionamento, pensamos do mesmo modo como foi tratado pelo MNPCT (2016, p. 32) no período imediato à desativação do HCTP de Manaus, de que o “processo de interdição não deve ser argumento para que o poder público do Amazonas justifique a permanência de tais pessoas em condições flagrantemente degradantes nas unidades penitenciárias, uma vez que o Estado já deveria ter se adequado às diretrizes da Lei 10.216”, ou como também reconhecido pelo próprio CNJ (2023b, p. 102), que a ausência de vagas nos serviços territoriais, “a desarticulação das redes ou a ruptura de vínculos familiares não podem justificar a privação de liberdade em instituições asilares como HCTPs [...], pois a] pessoa titular do direito não pode ser responsabilizada por obrigações do Estado não executadas”.

Portanto, à luz da CRFB/88 e demais instrumentos normativos que impõem um novo regime jurídico para as práticas de cuidados e assistência em saúde mental, aliado ainda ao direito ao meio ambiente, incluído o artificial, em condições equilibradas como elemento essencial para o bem-estar e uma existência dignamente saudável – tanto (i) no aspecto difuso:

daquele que pode vir a adoecer mentalmente ou já integrar essa condição e, após, ser selecionado pelo sistema penal, podendo eventualmente ser internado na EP; quanto (ii) no aspecto individual: de quem esteve após 2001 ou está ainda nela internado –, as evidências produzidas demonstram a contrariedade entre o existir da EP e os parâmetros legais que reclamam por sua desativação, considerado o estado de permanente violação dos direitos humanos fundamentais.

Nessa perspectiva, assim como inicialmente implementado em Minas Gerais e Goiás, e, posteriormente, em diversos outros estados acerca da concretização do paradigma antimanicomial para o paciente judiciário, o que condiz, ao menos figurativamente, à “desconstrução” do MJ nas respectivas unidades federativas, de forma assemelhada também é devida a “desconstrução” da EP, por meio da sua interdição total. Faz-se imprescindível, portanto, o assentimento e materialização da “vontade de Constituição” em providência oriunda do Poder Judiciário estadual, o que deve ocorrer de modo urgente como medida mitigadora própria da teoria do *duty to mitigate the loss*, relativamente à ampla gama de direitos humanos fundamentais, dentre eles o direito-garantia a um meio ambiente equilibrado necessário ao gozo da saúde e bem-estar, consignado no comando do art. 225 da CRFB/88, que, dia após dia, são reiteradamente violados no ambiente manicomial judiciário amazonense, que se configura como um inegável asilo.

REFERÊNCIAS

ABREU, Gabriel Silva de. **Medidas de segurança, Insanidade mental e periculosidade: o paradigma etiológico contra o Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. 2022. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/3541/2/GabrielSilvadeAbreu.pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

ABREU, Vicente José Salles de; BERTOLINI, Dalton Luís; CORDEIRO, Quirino; BIANCARELLI, Aureliano. Um retrato sem cor dos hospitais de custódia de São Paulo. *In*: CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de. (Org.). **Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

ALVES, Lourence Cristine. **O Hospício Nacional de Alienados: terapêutica ou higiene social?**. 2010. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/6089/24.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 31 maio 2024.

AMARANTE, Paulo. Apresentação. *In*: BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Paulo Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

AMARANTE, Paulo. **Autobiografia de um movimento: quatro décadas de reforma psiquiátrica no Brasil (1976-2016)**. São Paulo: Zagodoni, 2021.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios, [S. l.] **Mente&Cérebro**, p. 30-35, set. 2006. Disponível em: <https://rl.art.br/arquivos/542889.pdf?1182956075>. Acesso em: 21 maio 2024.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. Cidadão!” – reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, nov./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/77389/74129>. Acesso em: 1 maio 2024.

AMAZONAS. **Decreto nº 37.532, de 28 de dezembro de 2016**. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária. Disponível em: <https://diario.imprensaoficial.am.gov.br/portal/visualizacoes/jornal/15325/#e:15325>. Acesso em: 7 set. 2024.

AMAZONAS. Defensoria Pública do Estado do Amazonas. **Relatório de Inspeção Carcerária: Enfermaria Psiquiátrica**. 2023.

AMAZONAS. **Lei nº 1.874, de 29 de novembro de 1988.** Institui o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Manaus. Disponível em: <https://sapl.al.am.leg.br/norma/6325?display>. Acesso em: 7 set. 2024.

AMAZONAS. **Lei nº 2.711, de 28 de dezembro de 2001.** Dispõe sobre o Estatuto Penitenciário do Estado do Amazonas. Disponível em: <https://sapl.al.am.leg.br/norma/7166?display>. Acesso em: 7 set. 2024.

AMAZONAS. Secretaria de Administração Penitenciária. **Cadeia Pública Desembargador Raimundo Vidal Pessoa: 111 anos de história que chega ao fim.** 2017. Disponível em: <https://www.seap.am.gov.br/cadeia-publica-desembargador-raimundo-vidal-pessoa-111-anos-de-historia-que-chega-ao-fim/>. Acesso em: 7 set. 2024.

AMAZONAS. Secretaria de Administração Penitenciária. **Enfermaria Psiquiátrica.** [ca. 2016]. Disponível em: <https://www.seap.am.gov.br/hospital-de-custodia-e-tratamento-psiquiatrico/>. Acesso em: 24 set. 2024.

ANDRADE, Carlos Gustavo Coelho de. Obrigações positivas em matéria penal: efeitos e limites da Jurisprudência Interamericana em caso de violações de direitos humanos. **Revista do Ministério Público do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 77, p. 57-91, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.mprj.mp.br/servicos/revista-do-mp/revista-77>. Acesso em: 1 ago. 2024.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. **Seqüência Estudos Jurídicos e Políticos**, Florianópolis, v. 16, n. 30, p. 24-36, 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15819>. Acesso em: 5 maio 2024.

ANDRADE, Vera Regina Pereira de. **Sistema penal máximo X cidadania mínima: códigos da violência na era da globalização.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2003.

ANITUA, Gabriel Ignácio. **Histórias dos pensamentos criminológicos.** Tradução: Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

ANTUNES, Paulo de Bessa. **Direito Ambiental.** 21. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

ARAUJO JUNIOR, Marcos Vinício; MOREIRA, Almerinda; ROCHA, Bruno. Biografia de João Carlos Teixeira Brandão: De alienista a diretor da 1ª escola de enfermagem do Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 1-13, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762009000100007&script=sci_abstract. Acesso em: 2 jun. 2024.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

AYALA CORAO, Carlos M. La ejecución de sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. **Estudios Constitucionales**, ano 5, n. 1, p. 127-201, 2007. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/Estudiosconstitucionales/2007/vol5/no1/6.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2024.

BARATTA, Alessandro. **Criminologia Crítica e Crítica do Direito penal**: introdução à sociologia do direito penal. Tradução: Juarez Cirino dos Santos. 6. ed. 2. reimp. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2014.

BARBUGIANI, Luiz Henrique Sormani. O Direito Sanitário na Modernidade – prenúncios da autonomia de um novo ramo jurídico. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 22-42, jul. 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80680>. Acesso em: 12 jul. 2024.

BARRETO, Afonso Henriques de Lima. **Diário do hospício; o cemitério dos vivos**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1993.

BARRETTO, Tobias. **Menores e loucos em direito criminal** (Estudo sobre o art. 10 do Código Criminal do Império). Rio de Janeiro: Empresa Graphica Editora de Paulo, Pongetti & C., 1926.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Genealogia do conceito de periculosidade. **Responsabilidades**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52, mar./ago. 2011. Disponível em: <https://bd-login.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/582/7/Responsabilidades-v1-n1.pdf#page=37>. Acesso em: 17 abr. 2024.

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Paulo Amarante (Org.). Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

BATISTA, Nilo. **Introdução crítica ao direito penal brasileiro**. 11. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2007.

BATISTA, Vera Malaguti. **Introdução crítica à criminologia brasileira**. 2. ed. 2. reimp. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

BECCARIA, Cesare Bonesana. **Dos delitos e das penas**. Tradução: J. Cretella Junior e Agnes Cretella. 2. ed. rev. 2. tir. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999.

BERTOLETE, José M. Legislação relativa à saúde mental: revisão de algumas experiências internacionais, [S. l.], **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 152-156, abr. 1995.

BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de direito penal volume 1**. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho. 7. tir. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BOBBIO, Norberto. **Da estrutura à função**: novos estudos da teoria do direito. Tradução: Daniela Beccaccia Versiani. Barueri: Manole, 2007.

BRANCO, Thayara Castelo. **A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil**. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais**. 2024a. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario/geopresidios-page/>. Acesso em: 11 jun. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Como se deu o histórico de institucionalização da Agenda 2030 no Poder Judiciário?**. [ca. 2018]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/agenda-2030/como-se-deu-o-historico-de-institucionalizacao-da-agenda-2030-no-poder-judiciario/>. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Manual da política antimanicomial do Poder Judiciário: Resolução CNJ nº 487 de 2023**. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2023b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2023/09/digital-manual-antimanicomial.pdf>. Acesso em: 8 set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Painel de ações estaduais para implementação da Resolução CNJ n. 487/2023**. 2024b. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/direitos-humanos/politica-antimanicomial-do-poder-judiciario/painel-de-acoes-estaduais-para-implementacao-da-resolucao-cnj-n-487-2023/>. Acesso em: 8 set. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Portaria da Presidência nº 133, de 28 de setembro de 2018**. Institui Comitê Interinstitucional destinado a proceder estudos e apresentar proposta de integração das metas do Poder Judiciário com as metas e indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Agenda 2030. 2018. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2721>. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação nº 35, de 12 de julho de 2011**. Dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança. 2011. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/849>. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Relatório de inspeções: estabelecimentos prisionais do estado do Amazonas**. Brasília: CNJ, 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010**. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. 2010. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 364, de 12 de janeiro de 2021**. Dispõe sobre a instituição da Unidade de Monitoramento e Fiscalização de decisões e deliberações da Corte Interamericana de Direitos Humanos no âmbito do Conselho Nacional de Justiça. 2021. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3659>. Acesso em: 1 de ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução nº 487, de 15 de fevereiro de 2023**. Institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário e estabelece procedimentos e diretrizes para implementar a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei n. 10.216/2001, no âmbito do processo penal e da execução das medidas de segurança. 2023a. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4960>. Acesso em: 22 ago. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. **Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2010>. Acesso em: 8 set. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 19 jul. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 1.077, de 4 de dezembro de 1852**. Approva e manda executar os Estatutos do Hospício de Pedro Segundo. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1077-4-dezembro-1852-558653-publicacaooriginal-81699-pe.html>. Acesso em: 31 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903**. Reorganiza a Assistência a Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 142-A, de 11 de janeiro de 1890**. Desanexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 30 maio de 2024.

BRASIL. **Decreto nº 206-A, de 15 de fevereiro de 1890**. Approva as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e crê a assistência medica e legal de alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Approva%20as%20instruc%C3%A7%C3%B5es%20a%20que,medica%20e%20legal%20de%20alienados>. Acesso em: 30 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 22.213, de 14 de dezembro de 1932**. Approva a Consolidação das Leis Penais, da autoria do Sr. Desembargador Vicente Piragibe. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/d22213.htm. Acesso em: 30 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 508, de 21 de junho de 1890**. Approva o regulamento para a Assistência Medico-Legal de Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 30 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 20 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841**. Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>. Acesso em: 31 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890.** Promulga o Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1851-1899/d847.htm. Acesso em: 21 maio 2024.

BRASIL. **Decreto nº 896, de 29 de junho de 1892.** Consolida as disposições em vigor relativas aos diferentes serviços da Assistência Médico-Legal de Alienados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-896-29-junho-1892-500660-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 1 jun. 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940.** Código Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 20 maio 2024.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942.** Lei de Introdução às normas do Direito Brasileiro. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del4657compilado.htm. Acesso em: 31 ago. 2024.

BRASIL. **Exposição de Motivos ao Código Penal.** Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-pe.pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. **Exposição de Motivos nº 211, de 9 de maio de 1983.** Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-exposicaodemotivos-pe.pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. **Lei de 16 de dezembro de 1830.** Manda executar o Código Criminal (1830). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim-16-12-1830.htm. Acesso em: 14 maio 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.216/2001, 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm?msclkid=e03ca915a93011eca55b7de3600188ab. Acesso em: 24 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 429, de 10 de dezembro de 1896.** Fixa a despesa geral da República dos Estados Unidos do Brasil para o exercício de 1897, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1824-1899/lei-429-10-dezembro-1896-540243-publicacaooriginal-40209-pl.html>. Acesso em: 31 maio 2024.

BRASIL. **Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984.** Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm. Acesso em: 28 maio 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 23 ago. 2024.

BRASIL. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. **Relatório de Visita a Unidades Prisionais de Manaus – Amazonas.** 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em 8 set. 2024.

BRASIL. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001.** Ministério Público Federal: Brasília, 2011.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Primeira Turma). **Recurso Especial nº 725.257/MG.** Relator Ministro José Delgado, 10 de abril de 2007. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=200500226905&dt_publicacao=14/05/2007. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Terceira Seção). **Embargos de Divergência em Recurso Especial nº 998.128/MG.** Relator Ministro Ribeiro Dantas, 27 de novembro de 2019. Disponível em: https://scon.stj.jus.br/SCON/GetInteiroTeorDoAcordao?num_registro=201101039680&dt_publicacao=18/12/2019. Acesso em: 28 maio 2024.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça (Terceira Seção). **Súmula nº 527.** 13 de maio de 2015. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?b=SUMU&livre=SUMULA.tipo.+e+@num=%2700527%27>. Acesso em: 28 maio 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Segunda Turma). **Habeas Corpus nº 97.621/RS.** Relator Ministro Cezar Peluso, 2 de junho de 2009. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=597914>. Acesso em: 29 maio 2024.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (Tribunal Pleno). **Medida Cautelar na Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 3.540/DF.** Relator Ministro Celso de Mello, 1 de setembro de 2005. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjr94859/false>. Acesso em: 20 jul. 2024.

BRISSET, Fernanda Otoni de Barros; JUNCAL, Regina Geni Amorim. O que diriam os “loucos”? **Revista Brasileira de Ciências Criminais**, São Paulo, v. 144, ano 26, p. 441-473, jun. 2018.

BRODT, Luís Augusto Sanzo. O Direito Penal sob a perspectiva funcional redutora de Eugenio Raul Zaffaroni. **Revista Brasileira de Estudos Políticos**, Belo Horizonte, n. 101, p. 97-136,

jul./dez. 2010. Disponível em:
<https://pos.direito.ufmg.br/rbep/index.php/rbep/article/view/119>. Acesso em: 24 jun. 2024.

BRUM, Eliane. Os loucos somos nós. *In*: ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

BRUNO, Aníbal. **Direito Penal**: parte geral. 5. ed. Rio de Janeiro: 2005.

BUENO, Rinaldo Conde. O conceito basagliano de desinstitucionalização: de dentro do manicômio para a liberdade terapêutica. **Revista Ciências Humanas**, [S. l.], v. 17, n. 1, 2024. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/973>. Acesso em: 24 ago. 2024.

BUENO, Rinaldo Conde. **O pensamento de Franco Basaglia e a estruturação da desinstitucionalização na psiquiatria democrática italiana vistos por um brasileiro**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em:
https://bib.pucminas.br/teses/Psicologia_BuenoRC_1.pdf. Acesso em: 30 jul. 2024.

BUENO, Rinaldo Conde. **O pensamento de Franco Basaglia**: dos caminhos da saúde mental italiana a uma vivência prática em Trieste. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2020.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de Direito Constitucional**. 9. ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2015.

BUTLER, Judith. **Vida precária**: os poderes do luto e da violência. Tradução: Andreas Lieber. 1. ed. 2. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2023.

CAETANO, Haroldo. **Loucos por liberdade**: direito penal e loucura. Goiânia: Escolar Editora, 2019.

CAMPOS-DE-CARVALHO, Mara Ignez; CAVALCANTE, Sylvia; NÓBREGA, Lana Mara Andrade. Ambiente. *In*: CAVALCANTE, Sylvia; ELALI, Gleice A. (Org.). **Temas básicos de Psicologia Ambiental**. Petrópolis: Vozes, 2011.

CARRARA, Sérgio. A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 16-29, abr. 2010. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100004&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 10 jun. 2024.

CARRARA, Sérgio. **Crime e loucura**: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUSP, 1998. (Coleção Saúde & Sociedade).

CARVALHO NETTO, Menelick de; MATTOS, Virgílio de. **O novo direito dos portadores de transtorno mental**. Parecer ao Conselho Federal de Psicologia, 2005.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro**: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade ouro do alienismo. Tradução: Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CHAVES, Fábio César Chaves. **Crime e loucura**: as relações entre medicina e justiça penal no Rio de Janeiro (1830-1903). 2010. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/items/f273a05e-1436-4774-a1ae-ac0e9fece150>. Acesso em: 25 maio 2024.

CIA, Michele. **Periculosidade e medida de segurança em uma perspectiva foucaultiana**. 2017. Tese (Doutorado em Direito) – Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/PUC_SP_1_fa59cf2ba44e0eee774ef51596173d94. Acesso em: 6 maio 2024.

CONFERÊNCIA Judicial Ibero-americana XIV edição. **Regras de Brasília sobre acesso à justiça das pessoas em condição de vulnerabilidade**. Brasília, 2008. Disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtksite/100-Regras-de-Brasilia-versao-reduzida.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2024.

CONFERÊNCIA Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional da Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf. Acesso em: 10 ago. 2024.

CONFERÊNCIA Nacional de Saúde. **II Conferência Nacional da Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/2a-cnsm.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções em manicômios**: relatório Brasil 2015. 1. ed. Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de inspeções**: 2018. 1. ed. Brasília: CFP, 2019.

CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de. Um retrato sem cor dos hospitais de custódia de São Paulo. *In*: CORDEIRO, Quirino; LIMA, Mauro Gomes Aranha de. (Org.). **Hospital de custódia**: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

CORRÊA, Mariza. Raimundo Nina Rodrigues e a "garantia da ordem social". **Revista USP**, São Paulo, n. 68, p. 130-139, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13488>. Acesso em: 8 jun. 2024.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 23, n. 9, p. 1995-2002, set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KhVH9MjDpcYj8gxdVpn8XfM/#>. Acesso em: 8 jun. 2024.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5.ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA, Maria Izabel Sanches. **Política de saúde mental – política de segurança: manicômio judiciário, entre o hospital psiquiátrico e a prisão**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/4047/1/Maria%20Izabel%20Sanches%20Costa.pdf>. Acesso em: 21 maio 2024.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos de Teoria Geral do Estado**. 30. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012. Acesso em: 22 ago. 2024.

DELLEY, Jean-Daniel; CHRISTIN, Margit Theresia Jochum; LEDERMANN Simone. **La conception des lois: la démarche légistique entre théorie et pratique**. Genebra: CETEL, 2009.

DE-SIMONI, Luiz Vicente. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 142-159, mar. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/htzzZv8Y9b5SvMBNKtc9vfx/?lang=pt>. Acesso em: 31 maio 2024.

DESINSTITUTE. **Desinstitucionalização**. Da saída do manicômio à vida na cidade: estratégias de gestão e de cuidado. Brasília: Desinstitute, 2023. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/desinstitute-lanca-publicacao-digital-desinstitucionalizacao-da-saida-do-manicomio-a-vida-na-cidade-estrategias-de-gestao-e-de-cuidado/>. Acesso em: 21 ago. 2024.

DESVIAT, Manuel. **Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva**. Tradução: Marta Donila Claudino. São Paulo: Zagadoni, 2018. (Coleção PensarAgir em Saúde Mental).

DIAS, Allister Andrew Teixeira Dias. Páginas de ciência, crime e loucura: a trajetória e o projeto médico-intelectual de Heitor Carrilho (1930-1945). **Temporalidades**, Belo Horizonte, v. 3, n. 2, p. 78-97, ago./dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/temporalidades/article/view/5433>. Acesso em: 2 jun. 2024.

DINIZ, Debora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília: LetrasLivres: Universidade de Brasília, 2013.

DORNELLES, Renata Portella. **“O círculo alienista”**: reflexões sobre o controle penal da loucura (medidas de segurança e internação compulsória). Curitiba: Editora Appris, 2015.

FERRAJOLI, Luigi. **Direito e razão**: teoria do garantismo penal. Tradução: Ana Paula Zomer Zica, Fauzi Hassan Choukr, Juarez Tavares e Luis Flávio Gomes. 3. ed. rev. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2002.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e direito penal no estado democrático de direito**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

FERREIRA, Marcelo Santana. Polissemia do conceito de instituição: diálogos entre Goffman e Foucault. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 74-86, 2012. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/index.php/ecos/article/viewFile/826/658>. Acesso em: 11 jun. 2024.

FIGUEIREDO, Guilherme José Purvin de. Meio ambiente. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 57-61, nov. 2003. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rdisan/article/view/81043>. Acesso em: 12 jul. 2024.

FIORILLO, Celso Antonio Pacheco. **Curso de Direito Ambiental Brasileiro**. 20. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. Tradução: Márcio Alves da Fonseca. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Tradução: Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **O governo de si e dos outros**: curso no Collège de France (1982-1983). Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Tradução: Raquel Ramallete. 20. ed. Petrópolis, Vozes: 1999.

FREITAS, Fernando Ferreira Pinto de. A história da psiquiatria não contada por Foucault. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 75-91, jan. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/vV9RdYRWThb7KYrwM9xm6xd/?lang=pt#>. Acesso em: 17 abr. 2024.

FRY, Peter; CARRARA, Sérgio. As vicissitudes do liberalismo no direito penal brasileiro. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 48-54, 1986. Disponível em: <https://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/13244-13245-1-PB.pdf>. Acesso em: 25 maio 2024.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução: Dante Moreira. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, Luiz Flávio. **Beccaria (250 anos) e o drama do castigo penal: civilização ou barbárie?**. São Paulo: Saraiva, 2014. (Coleção saberes críticos).

GOMES, Luiz Flávio; MOLINA, Antônio Garcia-Pablos. **Direito penal: parte geral: volume 2**. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2009. (Coleção Ciências Criminais).

GUIVANT, Julia Silvia. Apresentação do Dossiê Mapeando os caminhos da Sociologia Ambiental. **Política & Sociedade**, [S. l.], v. 4, n. 7, p. 9-25, out. 2005. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/1963>. Acesso em: 18 jun. 2024.

GUSTIN, Miracy Barbosa de Sousa; DIAS, Maria Tereza Fonseca; NICÁCIO, Camila Silva. **(Re)pensando a Pesquisa Jurídica: teoria e prática**. 5. ed. rev. ampl. e atual. São Paulo: Almedina, 2020.

HESSE, Konrad. **A força normativa da Constituição**. Tradução: Gilmar Ferreira Mendes. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1991.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. Direito penal da loucura: medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 67-85, mar. 2004. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80889>. Acesso em: 13 ago. 2024.

JUNCAL, Regina. **Medida de segurança: estudo sobre a superação da sanção penal fundamentada na periculosidade**. Belo Horizonte: Editora Dialética, 2021.

JUNQUEIRA, Gustavo Octaviano Diniz. **Direito Penal**. 12. ed. rev. atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

LAFER, Celso. **A reconstrução dos direitos humanos: um diálogo com o pensamento de Hannah Arendt**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

LAMARÃO, Fernanda Goulart. **A cura como pena: Uma análise crítica da imputabilidade penal e da resposta punitiva direcionada ao indivíduo com sofrimento psíquico**. 2015. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/9817>. Acesso em: 15 abr. 2024.

LIBÓRIO, Daniela Campos. Meio ambiente urbano. In: FARIAS, Talden; TRENNEPOHL, Terence. (Coord.). **Direito Ambiental Brasileiro**. 2. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://next-proview.thomsonreuters.com/title>. Acesso em: 18 jul. 2024.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. Tradução: Sebastião José Roque. 1. reimp. São Paulo: Ícone, 2010.

LOPES, Cunha. Primeiro Hospital Psiquiátrico do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria**. Rio de Janeiro, n. 6, ano 18, p. 286-292, nov./dez. 1933. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/pabnnp6.php>. Acesso em: 31 maio 2024.

LOPES, Randiza Santis. Entre a atenção à saúde e a legalidade: A atuação do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (parte II), **Revista Zona de Impacto**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 139-185, jul./dez. 2013.

MACHADO, Paulo Affonso Leme. **Direito Ambiental brasileiro**. 21. ed. rev. ampl. atual. São Paulo: Malheiros Editores, 2013.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, Angela; LUZ, Rogerio; MURICY, Katia. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MAGALDI, Felipe. **Mania de liberdade: Nise da Silveira e a humanização da saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

MAIOR, Izabel Maria Madeira de Loureiro. Apresentação. In: RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Coord.). **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

MARTINELLI, João Paulo Orsini; BEM, Leonardo Schmitt de. **Direito penal parte geral: lições fundamentais**. 6. ed. Belo Horizonte: D'Plácido, 2021.

MATTOS, Virgílio de. **Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança**. 1. reimp. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **O conteúdo jurídico do princípio da igualdade**. 3. ed. 20. tir. São Paulo: Malheiros, 2011.

MILARÉ, Édis. **Direito do ambiente: doutrina, jurisprudência, glossário**. 5. ed. ref. atual. ampl. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

MONTESQUIEU, Charles de Secondat, Baron de. **O espírito das leis**. Tradução de Cristina Murachco. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MOSER, Gabriel. Psicologia Ambiental. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 3, p. 121-130, 1998 (Palestra proferida na Biblioteca Central da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, em 27 de agosto de 1997). Transcrição: Adriano C. R. Costa. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/JJ6HsWrYfmYZy9XxZxtYVFr/#>. Acesso em: 13 jul. 2024.

MUNHOZ, André Ricardo Antonovicz. **Controle de constitucionalidade: histórico e elementos fundamentais**. Ponta Grossa: Aya, 2023. *E-book*. Disponível em: <https://ayaeditora.com.br/Livro/29450/>. Acesso em: 12 set. 2024.

MUÑOZ, Pedro Felipe Neves de. **Degeneração atípica: uma incursão ao arquivo de Elza**. 2010. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6099>. Acesso em: 1 jun. 2024.

NADER, André Ricardo. Manicômios, prisões e liberdade: entre o pessimismo da razão e o ideal de igualdade. **Lacuna**, São Paulo, n. 1, 2016. Disponível em:

<https://revistalacuna.com/2016/05/22/manicomios-prisoas-e-liberdade/>. Acesso em: 10 ago. 2024.

NAPOLITANO, Ângela Aparecida; HAONAT, Ângela Issa; EMIN, Raquel Milene Balogh. O Direito Ambiental e suas implicações na saúde humana. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 95-106, nov. 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81063>. Acesso em: 18 jun. 2024.

NASCIMENTO, Maria Rita do. **Reforma psiquiátrica e medidas de segurança**. 2023. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/20892>. Acesso em: 13 abr. 2024.

NOGUEIRA, Geraldo. Artigo 1 - Propósito. In: RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Coord.). **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

OLIVEIRA, Patricia Fonseca Carlos Magno de. **Nas trincheiras da luta antimanicomial: sistematização de uma experiência da Defensoria Pública nos Manicômios Judiciários do Rio de Janeiro**. 2021. Tese (Doutorado em Direito) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.patriciamagno.com.br/minhas-publicacoes/>. Acesso em: 22 maio 2024.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de. Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 4, n. 9, p. 52-71, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68690/41359>. Acesso em: 1 ago. 2024.

OLIVEIRA, William Vaz de. **A assistência a alienados na capital federal da primeira república: discursos e práticas entre rupturas e continuidades**. 2013. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Sociais e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013. Disponível em: <https://www.historia.uff.br/stricto/td/1489.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (Brasil). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. [ca. 2018]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br>. Acesso em: 22 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Resolução 61/106, 13 de dezembro de 2006. Disponível em: <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-articles?page=4#collapse-disability>. Acesso em: 22 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, adotada e proclamada pela Assembleia Geral da Nações Unidas (Resolução 217 A III) em 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 6 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care**. Resolution 46/119, 17 December

1991. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/135851?v=pdf>. Acesso em: 4 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Regras Mínimas das Nações Unidas para o tratamento de Reclusos (Regras de Nelson Mandela)**. Resolução 70/175 da Assembleia Geral, de 17 de dezembro de 2015. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/Nelson_Mandela_Rules-P-ebook.pdf. Acesso em: 21 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Report of the United Nations Conference on the Human Environment**. New York: United Nations, 1973. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/523249?v=pdf>. Acesso em: 18 jul. 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resolution 72/279**. Resolution adopted by the General Assembly on 31 May 2018. Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/72/279>. Acesso em: 19 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Americana sobre Direitos Humanos**. San José, Costa Rica, 1969. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/basicos/convencion.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf. Acesso em: 4 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Assunto do Complexo Penitenciário do Curado. Medidas Provisórias a respeito do Brasil**. Resolução de 23 de novembro de 2016. Disponível em: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf. Acesso em: 4 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constitution of the World Health Organization**. 49. ed. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/>. Acesso em: 18 jun. 2024.

PACHECO, Maria Vera Pompêo de Camargo. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. 152-157, abr. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/wdZ8NCsDnBst4Nq3JzjgBMb/?lang=pt#>. Acesso em: 7 jun. 2024.

PAIXÃO, Cristiano; FRISSE, Giovana.; SILVA, Janaína Lima Penalva da. Ximenes Lopes versus Brasil. **Casoteca FGV**, São Paulo, 2007. Disponível em: https://direitosp.fgv.br/sites/default/files/2022-01/arquivos/narrativa_final_-_ximenes.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.

PAIXÃO, Gabriela Silva. **Potencialidades da justiça restaurativa para a instauração de uma nova lógica na custódia psiquiátrico-penal**: reflexões a partir da pesquisa empírica na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe. 2023. Dissertação (Mestrado em Direito) – Departamento de Direito, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão. 2023. Disponível em: <https://ri.ufs.br/handle/riufs/17259>. Acesso em: 11 abr. 2024.

PALADINO, Leticia; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 7-16, 2022. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/ser-estar-e-habitar-a-desinstitucionalizacao-da-saude-mental-brasileira/234>. Acesso em: 21 maio 2024.

PAULA, Ana Rita de. Artigo 3 – Princípios Gerais. In: RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Coord.). **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

PELBART, Peter Pál. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. **Perspectivas e tendências atuais do Estado Constitucional**. Tradução: José Luis Bolzan de Moraes e Valéria Ribas do Nascimento. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas**. São Paulo: Editora 34, 1994.

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

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 19. ed. São Paulo: Saraiva, 2021.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos, o princípio da dignidade humana e a constituição brasileira de 1988. **Revista do Instituto de Hermenêutica Jurídica**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 1-16, jan./dez. 2004. Disponível em: <https://ojs.editoraforum.com.br/rihj/index.php/rihj/issue/view/10>. Acesso em: 31 ago. 2024.

POMBO, Mariana Ferreira. Da recusa à demanda de diagnóstico: novos arranjos da medicalização. **Arquivos Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 3, p. 5-20, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229054050002.pdf>. Acesso em: 1 maio 2024.

QUEIROZ, Paulo. **Curso de direito penal – parte geral**. 8. ed. Salvador: Editora JusPodivm, 2012.

RAMOS, André de Carvalho. **Teoria geral dos direitos humanos na ordem internacional**. 7. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

RAUTER, Cristina. **Criminologia e subjetividade no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, 2003. (Coleção Pensamento Criminológico).

REIS JÚNIOR, Almir Santos. Impactos da Lei Antimanicomial às medidas de segurança. **Enciclopédia jurídica da PUC-SP**. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coord.). Tomo: Direito Penal. Christiano Jorge Santos (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/433/edicao-1/impactos-da-lei-antimanicomial-as-medidas-de-seguranca>. Acesso em: 19 jul. 2024.

RIBEIRO, Daniele Corrêa. Da história da psiquiatria à construção de uma nova clínica: as contribuições de Rafael Huertas para os debates historiográficos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S. l.], v. 22, p. 1781–1788, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/j87r9hWwh5wzLpP3SyhYgWb/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2024.

RIBEIRO, Glaucia Maria de Araujo. **Políticas públicas baseadas em evidências na área da saúde mental**: uma releitura das capacidades estatais técnicas, burocráticas e políticas, em especial na região do Amazonas. 2022. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/52062>. Acesso em: 16 jun. 2024.

RODRIGUES, Raimundo Nina. **As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 2011. *E-book*. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/h53wj/pdf/rodrigues-9788579820755.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2024.

RODRIGUES, Raimundo Nina. Mestiçagem, degenerescência e crime. Tradução: Mariza Corrêa. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S. l.], v. 15, n. 4, p. 1151-1180, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/mxYFjnPKvMdtpvnr4q7v6kL/>. Acesso em: 9 jun. 2024.

ROIG, Rodrigo Duque Estrada. **Execução penal**: teoria crítica. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução: Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec, 1994.

SAMPAIO, José Adércio Leite; WOLD, Chris; NARDY, Afrânio. **Princípios de direito ambiental**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

SANTOS, Juarez Cirino dos Santos. **A criminologia da repressão**: uma crítica ao positivismo em criminologia. Rio de Janeiro: Forense, 1979.

SANTOS, Juarez Cirino dos Santos. **Direito Penal**: parte geral. 6. ed. rev. atual. ampl. Curitiba, ICPC Cursos e Edições, 2014.

SANTOS, Thiago Pedro Pagliuca dos. **Análise dogmática das medidas de segurança**: fundamentos e perspectivas. 2020. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2020. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2136/tde-22032021-223418/pt-br.php>. Acesso em: 4 de maio 2024.

SARLET, Ingo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais**: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional. 13. ed. rev. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2018.

SARLET, Ingo Wolfgang; FENSTERSEIFER, Tiago. **Direito ambiental**: introdução, fundamentos e teoria geral. São Paulo: Saraiva, 2014.

SARLET, Ingo Wolfgang; FENSTERSEIFER, Tiago. **Princípios do direito ambiental**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

SARMENTO, Daniel. **Dignidade da pessoa humana**: conteúdo, trajetórias e metodologia. Belo Horizonte: Fórum, 2016.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Artigo 19 – Vida independente e inclusão na comunidade. *In*: RESENDE, Ana Paula Crosara; VITAL, Flavia Maria de Paiva (Coord.). **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Tradução: Denise Bottmann e Ricardo Doninelli Mendes. São Paulo: Companhia da Letras, 2011.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia da Letras, 2010.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. **Criminologia**. 8. ed. rev. atual. ampl. São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 2020.

SILVA, Antônio José Costa e. **Código Penal dos Estados Unidos do Brasil comentado**. Brasília: Senado Federal, 2004.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 112-115, 2010. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19950>. Acesso em: 4 ago. 2024.

SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à Constituição**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 39. ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2016.

SILVA, José Afonso da. **Direito Ambiental Constitucional**. 6. ed. atual. São Paulo: Malheiros, 2007.

SILVA, Túlio Macedo Rosa e; MUNHOZ, André Ricardo Antonovicz Munhoz. Condenação do Brasil no caso Ximenes Lopes: o chamamento do Conselho Nacional de Justiça no esforço nacional para o cumprimento da sentença da Corte Interamericana de Direitos Humanos. **Revista Ius Gentium**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 66-91, jul./dez. 2023. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/iusgentium/index.php/iusgentium/article/view/683>. Acesso em: 13 ago. 2024.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusto Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 591-595, jul. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/6FzrspFvBfxKhdzztrqtLZk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2024.

SILVEIRA, Luana da. Fazer falar a loucura. **Mnemosine**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 12-29, 2009. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/mnemosine/article/view/41431>. Acesso em: 13 abr. 2024.

SIRVINSKAS, Luís Paulo. **Manual de Direito Ambiental**. 6. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

SMOLAREK, Adriano Alberto. **O Sistema Interamericano de Proteção aos Direitos Humanos e a reforma psiquiátrica brasileira**: reflexões acerca do impacto causado pelo Caso Damião Ximenes Lopes. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2018. Disponível em: <https://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/2713>. Acesso em 21 ago. 2024.

SOARES, Fabiana de Menezes. Legística e desenvolvimento: a qualidade da lei no quadro da otimização de uma melhor legislação. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. 50, p. 124-142, jan./jul., 2007. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/view/31>. Acesso em: 25 jul. 2024.

SOARES, Fabiana de Menezes. Notas introdutórias sobre a elaboração legislativa: raízes e boas práticas entre Brasil e Canadá. **Revista da Faculdade de Direito da UFMG**, Belo Horizonte, n. especial: jornadas jurídicas Brasil-Canadá, p. 153-168, 2013. Disponível em: <https://www.direito.ufmg.br/revista/index.php/revista/issue/view/27>. Acesso em: 28 jul. 2024.

SOUZA, Renata Macedo de. **Medidas de segurança como meio de tratamento ao não-imputável**: proposta de adequação positiva ao ordenamento penal. 2014. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2014. Disponível em: <https://tede.pucsp.br/handle/handle/6673>. Acesso em: 11 jun. 2024.

TAGLIARI, Priscila de Azambuja. **Biografia da loucura**: a medida de segurança e as subjetividades dos internos nos hospitais de custódia para tratamento psiquiátrico. Florianópolis: Emais Acadêmica, 2020.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde. Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xN8J7DSt9tf7KMMP9Mj7XCQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2024.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68499>. Acesso em: 13 abr. 2024.

VIANA, Eduardo. **Criminologia**. 6. ed. rev. atual. ampl. Salvador: JusPodivm, 2018.

VIANA, Itana; SOUZA, Luis Eugenio de. Como são tratados os doentes mentais infratores? periculosidade, medida de segurança e reforma psiquiátrica. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, Brasil, v. 12, n. 3, p. 161-176, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/694>. Acesso em: 12 jul. 2024.

WEIS, Carlos. **Direitos humanos contemporâneos**. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Doutrina Penal Nazista**: a dogmática penal alemã entre 1943 a 1945. Tradução: Rodrigo Murad do Prado. Florianópolis: Tirant lo Blanch, 2019.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. **Em busca das penas perdidas**: a perda da legitimidade do sistema penal. Tradução: Vania Romano Pedrosa e Amir Lopes da Conceição. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2001.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. **Direito penal brasileiro**: primeiro volume – teoria Geral do Direito. 4. ed. 3. reimp. Rio de Janeiro: Revan, 2017.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro**: volume 1: parte geral. 9. ed. rev. atual.: São Paulo, 2011.