

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

THIAGO DE SOUSA BAGATIN

**MANICÔMIO JUDICIÁRIO: A CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Maringá

2019

THIAGO DE SOUSA BAGATIN

**MANICÔMIO JUDICIÁRIO: A CONTRAMÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Desenvolvimento Humano e Processos Educativos.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria Lucia Boarini.

Maringá

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

B144m

Bagatin, Thiago de Sousa

Manicômio Judiciário: a contramão da Reforma Psiquiátrica / Thiago de Sousa Bagatin. -  
- Maringá, PR, 2019.  
254 f.color., figs.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lucia Boarini.

Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas,  
Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,  
2019.

1. Manicômio judiciário. 2. Reforma Psiquiátrica. 3. Rede de Atenção Psicossocial . 4.  
Rede de Atenção Psicossocial . 5. luta antimanicomial. I. Boarini, Maria Lucia, orient. II.  
Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes.  
Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD 23.ed. 150



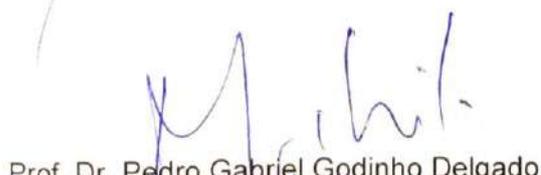
**Universidade Estadual de Maringá**  
*Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes*  
*Programa de Pós-graduação em Psicologia*

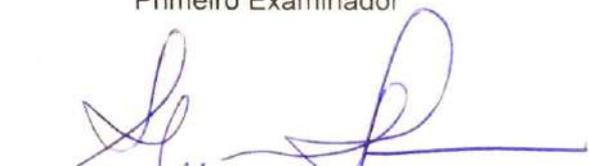
**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TESE**

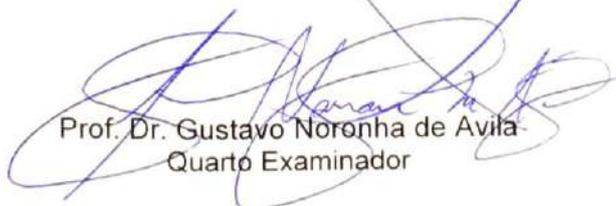
Aos onze dias do mês de outubro do ano de 2019, às catorze horas, no Bloco 118 – sala de vídeo, no *Campus Sede* da Universidade Estadual de Maringá, às catorze horas, realizou-se a **BANCA DE DEFESA PÚBLICA** da tese intitulada: *Manicômio Judiciário: a contramão da Reforma Psiquiátrica*, de autoria do candidato **Thiago de Sousa Bagatin**, aluno regularmente matriculado no Programa de Pós-graduação em Psicologia – Doutorado. A Banca foi constituída pelos professores: Dra. Maria Lucia Boarini, presidente, Dra. Renata Heller de Moura, primeira examinadora, Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, segundo examinador, Dr. Alysson Leandro Barbate Mascaro, terceiro examinador e Dr. Gustavo Noronha de Avila, quarto examinador. Concluídos os trabalhos, o candidato foi considerado aprovado (aprovado/reprovado). E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

  
Prof. Dra. Maria Lucia Boarini  
Orientadora/Presidente

  
Prof. Dra. Renata Heller de Moura  
Primeiro Examinador

  
Prof. Dr. Pedro Gabriel Godinho Delgado  
Segundo Examinador

  
Prof. Dr. Alysson Leandro Barbate Mascaro  
Terceiro Examinador

  
Prof. Dr. Gustavo Noronha de Avila  
Quarto Examinador

## **DEDICATÓRIA**

A todas as pessoas que, nos últimos 100 anos, foram encarceradas, classificadas, violentadas e coisificadas nos manicômios judiciários brasileiros.

## AGRADECIMENTOS

À orientadora e amiga, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Lucia Boarini, pela paciência, pela competência e pelo respeito com que conduziu este processo, pelas análises sistemáticas das inúmeras versões da tese, pelo carinho e pelo cuidado com que se dedicou, o que simboliza o verdadeiro significado da palavra professor.

Aos professores Alysson, Érika, Pedro e Renata, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Aos dirigentes e militantes do Sindicato dos Psicólogos do Paraná, do Partido Socialismo e Liberdade, da Alvorada Popular, da Primavera Socialista e do Movimento da Luta Antimanicomial, que compreenderam pacientemente meus afastamentos temporários de reuniões, manifestações, seminários e ações de militância.

Aos estudantes, aos professores e aos técnicos-administrativos da Universidade Estadual de Maringá, que resistem bravamente aos constantes ataques e às tentativas de privatizações.

Aos amigos e aos colegas, pelo incentivo e pelos apoios constantes. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro foram fundamentais para chegar ao resultado final.

À minha mãe Ivanilda e ao meu pai Edimilson, que por diversos momentos garantiram minha retaguarda e não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Ao meu irmão Juliano, pelas longas conversas sociológicas, pelas cervejas regradas a bons papos e muitos pesos nas consciências devido aos prazos.

À minha companheira Natalia, pessoa com quem amo partilhar a vida, que chegou de mansinho durante o doutorado, ganhou espaço e por quem hoje sou completamente apaixonado. Com você, sinto-me vivo de verdade. Obrigado pelo carinho, pela paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Agradeço de forma especial às minhas filhas, Maiara e Mirela, os maiores presentes da minha vida. Vocês iluminam meus pensamentos e me inspiram a continuar lutando por um futuro melhor às próximas gerações. Tudo que sou e faço hoje é devido ao amor que sinto por vocês.

“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata.

Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido:

Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda.

Felizmente, eu nunca convivi com pessoas muito ajuizadas.”

(Nise da Silveira)

Bagatin, T. de S. (2019). *Manicômio judiciário: a contramão da Reforma Psiquiátrica*. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

## RESUMO

O presente trabalho denuncia a falência do manicômio judiciário enquanto espaço adequado ao acolhimento do louco-criminoso. Desde a construção das primeiras instituições desta natureza, presenciamos a contradição entre a atenção à saúde mental e a lógica punitivista do sistema prisional. Enquanto a Reforma Psiquiátrica demonstrou avanços significativos, tendo como princípio o cuidado em meio aberto, a fim de garantir o vínculo territorial, familiar e comunitário, os manicômios judiciais permanecem como instituições totais, nas quais as prioridades são o isolamento e a exclusão. Nosso objetivo é refletir sobre a função social historicamente atribuída aos manicômios judiciais e o descompasso com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, realizamos análise da legislação e do contexto do início do século XX, com a finalidade de resgatar a origem dos manicômios judiciais, analisamos os periódicos *Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, da década de 1930, e *Archivos Brasileiros de Higiene Mental* e apresentamos também os casos da Itália e do estado de Goiás como exemplos de localidades em que os manicômios judiciais foram definitivamente fechados. Empreendemos, ainda, estudo de caso de uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico, que foi responsabilizada por crime, presa no Complexo Médico Penal do Paraná e atualmente é acompanhada com sucesso pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Expomos as origens do Estado moderno no ocidente, suas variações ao longo do século XX e as diferenças do manicômio judiciário no período fordista para essas instituições na atualidade. Por fim, abordamos o tema da periculosidade e como ela vem cumprindo um papel fundamental na manutenção das pessoas com transtornos mentais encarceradas nos manicômios judiciais. Nossa pesquisa revelou, tanto a revisão de literatura quanto o estudo de caso, que a periculosidade pode habitar muito mais o Estado do que o louco-criminoso. Nossa tese é de que a internação no manicômio judiciário não tem por objetivo a preocupação com a saúde mental, mas, sim, a punição por um crime que, mesmo quando o sujeito é absolvido, permanece como fundamento organizativo de tais instituições. Compreendemos que a criminalização da pobreza não é meramente conjuntural.

**Palavras-chave:** Manicômio judiciário, Reforma Psiquiátrica, Rede de Atenção Psicossocial e luta antimanicomial.

Bagatin, T. de S. (2019). *Forensic Psychiatric Hospital: The wrong way of Psychiatric Reform*. (Doctoral Thesis). Maringá State University, Maringá.

## ABSTRACT

The present work exposes the failure of the forensic psychiatric hospital as an adequate space for providing accommodation for the mentally ill criminal. Since the construction of the first institution of this nature, we present the contradiction between the attention to mental health and the punitive logic of the prison system. While the Psychiatric Reform demonstrated significant advances, having as a principle the care of the community, in order to guarantee the territorial, familiar, and communitarian link, the forensic psychiatric hospitals remain as total institutions, in which the priorities are isolation and exclusion. Our objective is to reflect about the social functions historically attributed to the forensic psychiatric hospitals and their distance to the principles of Psychiatric Reform. Therefore, we analyzed the legislation and context of the beginning of the twentieth century, with the purpose of rescuing the origin of forensic psychiatric hospitals. We also made an analysis of the periodic Forensic Psychiatric Hospital Archives in Rio de Janeiro, in the 1930's, and the Brazilian Archives of Mental Hygiene, besides presenting cases from the state of Goiás and Italy as examples of locations where the forensic psychiatric hospitals ceased activities. We also undertook a case study of a person with a psychiatric condition, that was held responsible for a crime, imprisoned at the Medical Penal Complex of Paraná, and is currently being monitored successfully by the Network of Psychosocial Care (RAPS). We exposed the origins of the Modern State in the West, their variations along the twentieth century and the differences between the forensic psychiatric hospitals in the Fordist period and these institutions nowadays. Lastly, we address the violence, and how it's been playing a major role in the treatment of people in a situation of psychological suffering, imprisoned at forensic psychiatric hospitals. Our research revealed, both the revision of literature and the case study, that the violence lingers in the state much more than the mentally ill criminal. Our thesis is that the hospitalization at a forensic psychiatric hospital doesn't have the mental health of the patient as a priority, but their punishment for a crime that, even when the subject is absolved, remains as an organizational basis of such institutions. We understand that the criminalization of poverty is not merely conjunctural.

**Key words: Forensic Psychiatric Hospital, Psychiatric Reform, Network of Psychosocial Care and anti-asylum fight.**

Bagatin. T. de s. (2019). *Asile Judiciaire: le contresens de la Reforme Psychiatrique*. (Thèse de Doctorat) Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

## RÉSUMÉE

Ce travail dénonce la faillite de l'asile judiciaire comme espace adéquat à l'accueil du fou-criminel. Dès la construction de premières institutions de cette nature, on a vu la contradiction entre l'attention à la santé mentale et la logique punitive du système carcéral. Pendant que la Reforme Psychiatrique a montré des avancées importantes, ayant comme principe le soin en milieu ouvert, afin d'assurer le lien territorial, familial et communautaire, les asiles judiciaires restent des institutions totales, dans lesquelles les priorités sont l'isolement et l'exclusion. Notre objectif est celui de réfléchir sur les fonctions sociales historiquement attribuées aux asiles judiciaires et le décalage avec les principes de la Reforme Psychiatrique. Pour cela, on a fait l'analyse de la législation et du contexte du début du XXe siècle, désirant récupérer l'origine des asiles judiciaires, on a analysé les Archives de l'Asile Judiciaire du Rio de Janeiro, de la décennie de 1930 et les Archives Brésiliens de Hygiène Mentale et on a présenté aussi les cas de l'Italie et de l'état de Goiás-BR comme des exemples de sites où les asiles judiciaires ont été définitivement fermés. On a aussi entrepris l'étude de cas d'une personne avec diagnostic psychiatrique, qui a été responsabilisée par un crime, emprisonnée dans le Complexe Médical Pénal du Paraná et actuellement accompagnée avec succès par le Réseau d'Attention Psychosocial (RAPS). Nous exposons les origines de l'Etat moderne dans l'occident, ses variations tout au long du XXe siècle, les différences de l'asile judiciaire dans la période fordiste et ces institutions actuellement. Enfin, nous touchons le thème du risque et comment il accomplit un rôle fondamental dans la maintenance des personnes en situation de souffrance psychique incarcérées dans les asiles judiciaires. Notre recherche a révélé, soit la révision de la littérature soit l'étude de cas, que l'idée du risque habite bien plus l'Etat que le fou-criminel. Notre thèse est que l'enfermement dans des asiles judiciaires n'a pas comme objectif le souci avec la santé mentale du patient, mais la punition par un crime, même quand le sujet est absout, qui reste comme fondement organisationnel de telles institutions. Nous comprenons que la criminalisation de la pauvreté n'est pas simplement conjoncturelle.

**Mots-clés: Asile judiciaire, Reforme Psychiatrique, Réseau d'Attention Psychosociale et lutte anti-asilaire.**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Corredor do Complexo Médico Penal .....	16
Figura 2: <i>Pinel libertando o insano</i> (1878) – Tony Robert-Fleury .....	39
Figura 3: <i>Café</i> (1935) – Cândido Portinari .....	45
Figura 4: <i>Retirantes</i> (1944) – Cândido Portinari .....	48
Figura 5: <i>Barco 2</i> – Arthur Bispo do Rosário .....	55
Figura 6: <i>Desesperado</i> (1982) – Adelino Ângelo .....	69
Figura 7: <i>A liberdade é terapêutica</i> (1977) – Emilio Tremolada .....	71
Figura 8: Sem título (1953) – Adelina Gomes .....	79
Figura 9: <i>O dia propenso</i> (s/d) – Renata Maria Polten.....	86
Figura 10: <i>Banco de Pedra no Asilo de Saint-Remy</i> (1890) – Van Gogh .....	93
Figura 11: Interno algemado utilizando telefone no CMP .....	100
Figura 12: Portão de uma das celas do CMP.....	100
Figura 13: Sala para tratamento médico no CMP .....	100
Figura 14: Galeria do CMP .....	101
Figura 15: Interna no isolamento do CMP .....	101
Figura 16: Cela e tranca no CMP. ....	101
Figura 17: <i>O palestrante depois do jantar</i> (1869) – Louis Wain .....	108
Figura 18: <i>O grito</i> (1893) – Edvard Munch .....	111
Figura 19: <i>A extração da pedra da loucura</i> (1501) – Hieronymus Bosch .....	117
Figura 20: Sem título (s/d) – Maria do Socorro Santos.....	119
Figura 21: <i>O louco</i> (1904) – Pablo Picasso .....	128
Figura 22: <i>Ferro e carvão</i> (1855-60) – William Bell Scott .....	133
Figura 23: <i>Queda da Bastilha</i> (1789) – Jean-Pierre Houël .....	139
Figura 24: <i>Apóstolo Paulo na prisão</i> (1627) – Rembrandt Harmenszoon van Rijn .....	142
Figura 25: <i>Feitores castigando negros</i> (1834-9) – Jean-Baptiste Debret .....	146

Figura 26: <i>25 de outubro</i> (1981) – Elifas Andreato .....	154
Figura 27: <i>Os operários</i> (1933) – Tarsila do Amaral.....	163
Figura 28: <i>Só acredito vendo</i> (2018) – Yuri Campagnaro .....	175
Figura 29: <i>Casa de Loucos</i> (1812-19) – Francisco de Goya .....	180
Figura 30: <i>A Nau dos Loucos</i> (1503) – Hieronymus Bosch.....	189
Figura 31: <i>Diógenes e Alexandre, o Grande</i> (1818) – Nicolas-André Monsiau.....	195
Figura 32: <i>Cavalo e Cavaleiro</i> (1953) – Martín Ramírez .....	202
Figura 33: <i>O dia propenso</i> (s/d) – Renata Maria Polten.....	207

## LISTA DE SIGLAS

AMPASA – Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde  
AAG – Associação Livre Mente Arnaldo Gilberti  
CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina  
CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde  
CK-MB – Isoenzima Creatina Quinase  
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais  
ECG – Eletrocardiograma  
ECTP – Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
IAC – Institutos de Antropologia Criminais  
IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões  
IDDEHA – Instituto de Defesa dos Direitos Humanos  
IHGB – Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental  
MTSM – Movimentos dos Trabalhadores em Saúde Mental  
PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator  
PTS – Projeto Terapêutico Singular  
PVC – Programa de Volta para Casa  
REMS – *Residenze per l'Esecuzione dele Misure di Sicurezza* (residências para implementação de medidas de segurança)

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1. ORIGEM DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS.....</b>	<b>40</b>
1.1 CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA.....	45
1.2 CIÊNCIA A SERVIÇO DE QUEM? .....	48
1.3 LOUCO-CRIMINOSO: UM PROBLEMA A SER CONTIDO .....	56
<b>2. UMA PEDRA NO CAMINHO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....</b>	<b>70</b>
2.1 A EXPERIÊNCIA ITALIANA .....	72
2.2 HISTÓRIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL .....	79
2.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ENQUANTO NECESSIDADE HISTÓRICA .....	86
2.4 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO À LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	94
<b>3. SR. LORIEL – UM CASO PARA JAMAIS SER ESQUECIDO .....</b>	<b>102</b>
3.1 UM PEDIDO DE AJUDA: “OS OBJETOS FALAM COMIGO” .....	108
3.2 O ANTIDEPRESSIVO E SEUS EFEITOS COLATERAIS.....	111
3.3 A PRISÃO ARBITRÁRIA DO SR. LORIEL .....	117
3.4 O RETORNO AO TERRITÓRIO .....	120
<b>4. O MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO CONTEXTO CAPITALISTA BRASILEIRO</b>	<b>129</b>
4.1 ORIGENS DO ESTADO MODERNO NO OCIDENTE.....	133
4.2 A AUTONOMIA DO ESTADO .....	139
4.3 O CÁRCERE NA SOCIEDADE CAPITALISTA .....	142
4.4 O PUNITIVISMO AO LONGO DA HISTÓRIA BRASILEIRA.....	147
4.5 O ESTADO E OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO PERÍODO FORDISTA.....	154
4.6 O ESTADO E OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO PERÍODO PÓS-FORDISTA .....	164
<b>5. O LOUCO-CRIMINOSO À MERCÊ DA “PERICULOSIDADE” DA CIÊNCIA E DO ESTADO.....</b>	<b>176</b>
5.1 DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS.....	181

5.2 PERICULOSIDADE DO LOUCO-CRIMINOSO .....	189
5.3 PERICULOSIDADE DO ESTADO .....	196
5.4 QUAIS CASOS DEVEM SER ATENDIDOS PELO MANICÔMIO JUDICIÁRIO? .....	203
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>208</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>212</b>
<b>GLOSSÁRIO .....</b>	<b>229</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>236</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>241</b>



Figura 1: Corredor do Complexo Médico Penal  
Fonte: Gazeta do Povo (2018).

## INTRODUÇÃO

*“Loucura,  
Loucura...  
Como fosse assim  
Uma prosa indireta (...)  
Razão, razão profana, que tens comigo  
Que não me ouves do universo do teu nirvana.”*  
*Loriel da Silva Santos<sup>1</sup>*

Os primeiros manicômios judiciários<sup>2</sup> no Brasil foram fundados no início do século XX, vinculados diretamente aos anseios e às respostas à conjuntura da época. A falta de estrutura das grandes cidades e a desigualdade econômica-social, tendo o acirramento da pobreza como principal consequência, exigiu iniciativas à altura para os problemas sociais. O aumento do êxodo rural, a industrialização e a superpopulação nas grandes cidades trouxeram sérias consequências à organização da vida social. Nesse período, em decorrência das intensas transformações, foram demandadas a construção de novas instituições sociais – dentre elas espaços exclusivos destinados aos louco-criminosos.

São quase 100 anos de existência dos manicômios judiciários no Brasil. Durante todo esse período, algumas coisas mudaram, mas a essência de contenção permanece a mesma. As características do confinamento às pessoas com transtornos mentais<sup>3</sup> variaram de país para

---

<sup>1</sup> Loriel é um poeta curitibano, classificado como “bipolar misto”, que passou por diversas internações e torturas policiais. Durante sua trajetória, teceu sérias críticas aos manicômios, participou do movimento da Luta Antimanicomial em Curitiba e expressou em versos sua condição de sofrimento psíquico. Ao longo do presente trabalho, citamos algumas de suas estrofes como forma de homenageá-lo. Todas as poesias foram extraídas do livro *A arte da urgência*, publicado por Drummond & Hidalgo (2006). No terceiro capítulo, substituímos o nome original do protagonista do estudo de caso por Loriel, por encontrarmos semelhanças em ambas as condições de vida.

<sup>2</sup> Os manicômios judiciários passaram a ser chamados de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) a partir dos anos 1980. No presente trabalho, optamos por manter a designação original – manicômios judiciários – por entender que a mudança de nome não veio acompanhada de uma transformação significativa da realidade dessas instituições. Mudou-se a nomenclatura, mas permaneceram os mesmos procedimentos repressivos.

<sup>3</sup> No presente trabalho utilizamos o termo transtorno mental para designar "a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais" (Organização Mundial da Saúde, 1993, p.5). A terminologia sofrimento psíquico é apresentada de maneira mais ampla, quando a situação indicar sofrimentos decorrentes de problemas

país. Alguns adotaram medidas restritivas ainda no século XIX e outros o fizeram décadas mais tarde. A Inglaterra foi o país que construiu o primeiro estabelecimento específico aos louco-criminosos, ainda em 1863, com a chamada prisão especial de Broadmoor. Antes dela, França e Estados Unidos contavam com anexos especiais em presídios comuns (Carrara, 2010, p. 17).

No Brasil, o Decreto n.º 14.831, de 25 de maio de 1921, que instituiu o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, primeiro do país, inaugura uma modalidade não somente no país, mas também na América Latina. A partir de então, o modelo manicomial de atenção à saúde mental do louco-criminoso, em que o confinamento e a segregação eram baseados em puro experimentalismo, espalhou-se por todo continente (Decreto 14.831/1921).

Se na origem os manicômios judiciários serviram como réplica a uma elite que queria soluções para o controle da população pobre, atualmente essas instituições escancaram uma série de incoerências legais, preconceitos e conotações ideológicas. A culpabilização do “criminoso” responsável por cometer um ilícito penal desresponsabiliza outros fatores sociais inerentes ao fenômeno da criminalidade, como o aumento populacional nas grandes cidades, liberação não planejada de mão de obra escrava, questões econômicas e a ineficiência do Estado em prover políticas públicas capazes de garantir o mínimo necessário à subsistência da população.

Atribuir aos indivíduos a responsabilidade por um determinado fenômeno, como é o caso da criminalidade, isenta inevitavelmente fatores determinantes da totalidade, como os econômicos, sociais e culturais. Normalmente, os elementos “esquecidos” da totalidade são justamente aqueles que colocariam em xeque a estabilidade social e os interesses e privilégios da classe dominante. Talvez esse seja um dos motivos para que a culpa recaia exclusivamente aos indivíduos isolados.

No caso dos louco-criminosos, a atribuição da culpa encontra um paradoxo, visto que esses não são legalmente considerados responsáveis pelos atos. Seria incoerente puni-los por um crime que, em tese, não se concretizou com plena consciência. Assim, as ações judiciais que decorrem de infrações em que o protagonista é acompanhado de laudos psiquiátricos<sup>4</sup>,

---

concretos do cotidiano. Conforme aponta Amarante (2011), “a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito” (Amarante, 2011, p.68).

<sup>4</sup> No Complexo Médico Penal do Paraná, manicômio judiciário do estado, existe um “setor de laudos”, composto exclusivamente por psiquiatras. Quando esses julgam ser necessária a aplicação de testes para confirmar ou diagnosticar determinada característica, convidam os psicólogos da instituição a participar da elaboração do laudo.

que atestam sua incapacidade de raciocinar sobre as consequências de seu comportamento, têm como resultado a absolvição do acusado e a internação deste para tratamento de saúde em estabelecimentos apropriados, muitas vezes, os manicômios judiciários.

O dilema entre “culpa” e “inimputabilidade” acompanhou e continua acompanhando os processos judiciais que legitimam a permanência dos internos nos manicômios judiciários. Se estes são considerados inimputáveis, ou seja, incapazes de apreciar o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com essa apreciação e, portanto, pessoas que requerem atenção à saúde mental em vez de punição, então não poderiam/deveriam estar à mercê do sistema prisional – que se orienta pela lógica “culpa-punição”. Há nitidamente uma contradição entre o discurso de inimputabilidade e a prática criminalizante a que os internos são submetidos nos manicômios judiciários.

Muito distante de instituições hospitalares, essas instituições são depositárias de práticas encontradas em penitenciárias comuns. As mesmas celas, algemas, agentes penitenciários, financiamento e departamentos que encontramos em prisões convencionais estão presentes também nos manicômios judiciários. No lugar em que deveria presar pela saúde, verificamos a ênfase na punição, com discurso de tratamento<sup>5</sup>.

Mesmo que fossem considerados responsáveis pelos seus atos, ainda assim a punição e a exclusão não seriam solução para evitar que novos crimes viessem à tona. Quanto mais aumenta o número de pessoas encarceradas, mais aumentam os índices de criminalidade. No Brasil, os índices de violência seguem em escalada ascendente. De acordo o Mapa da Violência, entre 1980 e 2014, o número de mortes por arma de fogo cresceu 415% no Brasil (Waiselfisz, 2016). Ou seja, no período de 34 anos, as mortes por arma de fogo mais do que quadruplicaram, o que demonstra que alguma coisa precisa ser feita.

Quando verificamos índices como o supracitado, que apontam para o aumento no número de mortes por arma de fogo, logo presenciamos propostas liberais-punitivistas, com vistas a prender e isolar o acusado. Supõe-se que o criminoso optou conscientemente por agir daquela forma, escolhendo roubar e/ou matar, fazendo uso de seu livre-arbítrio.

---

<sup>5</sup> Consideramos que existe, sim, um caráter terapêutico e humanitário presente em determinados procedimentos no interior dos manicômios judiciários. No entanto, eles são secundários se considerarmos a totalidade dessas instituições. Uma das características do atual sistema econômico-político é a defesa da pluralidade de ideias e finalidades, mas isso não significa que as instituições não tenham uma orientação geral, que se impõe sobre as demais. Sabemos que o capitalismo é um sistema econômico-político que captura e dá novo significado, no âmbito das contradições, a elementos antagônicos a si mesmo. Ou seja, acreditamos que o caráter terapêutico e humanitário dos manicômios judiciários serve, contraditoriamente, para legitimar o elemento repressivo.

Juarez Cirino dos Santos, pioneiro da criminologia crítica no Brasil, argumenta que o cumprimento de pena contemplaria uma conotação religiosa de expiação e uma jurídica de compensação pelo crime. A pena é vista como necessária para realizar justiça ou restabelecer o Direito, segundo a conhecida fórmula de Seneca: *punitur, quia peccatum est*<sup>6</sup>.

A sobrevivência histórica da pena *retributiva* – a mais antiga e, de certo modo, a mais popular *função* atribuída à pena criminal – parece inexplicável: a pena como *expiação* de culpabilidade lembra suplícios e fogueiras medievais, concebidos para *purificar* a alma do condenado; a pena como *compensação* de culpabilidade atualiza o impulso de vingança do ser humano, tão velho quanto o mundo (Santos, 2008, p. 461-462).

Nesse sentido, a prisão apresentar-se-ia com dois vieses complementares, um elemento corretivo e o outro protetivo. Corretivo porque o sujeito, excluído de seus vínculos territoriais, familiares e comunitários, passaria a repensar suas escolhas; e protetivo porque, ao isolar o acusado, a sociedade estaria, em tese, protegida de sua ameaça. Assim, quando o acusado for colocado em liberdade novamente, estaria menos disposto a cometer atos ilícitos e a sociedade não mais seria ameaçada por ele.

Cabe resgatar que as prisões são instituições recentes, idealizadas somente na modernidade. Até o século XVIII, os confinamentos serviam para deter os suspeitos que aguardavam o resultado da sentença. Nessa época, as penas não visavam a privação de liberdade, mas, sim, “diversos tipos de castigos corporais, como chicotadas, marcas de ferro, mutilação, e até mesmo a morte com ou sem tortura. Estas penas eram complementadas pelo banimento do sujeito, ou pela condenação a trabalhos forçados” (Magalhães & Magalhães, 2016, p. 92-93).

Atualmente, se na teoria o encarceramento deveria construir sociedades menos violentas, na prática verificamos justamente o oposto. Dados do Ministério da Justiça revelam que, entre 1990 e 2014, o Brasil registrou crescimento de 575% na população carcerária, fazendo com que o país ocupe a lamentável posição de 4º lugar entre os países com mais encarcerados no mundo – em termos absolutos ou considerando a taxa de aprisionamento por número de habitantes (Ministério da Justiça, 2014). Ou seja, prender e isolar os ditos criminosos em nada tem contribuído para diminuição dos atos de violência na sociedade. Ao contrário, quanto mais prendemos, mais aumentam os índices de homicídios.

---

<sup>6</sup> Punido porque pecou.

Santos (2008) argumenta que existe uma relação de dependência entre prisão e fábrica. Essas, fundadas na separação trabalhador/meios de produção, cujo objetivo é o lucro, depende diretamente das penitenciárias, consideradas as principais instituições de controle social. O método punitivo da prisão tem por finalidade transformar o sujeito real (condenado) em sujeito ideal (trabalhador), “adaptado à disciplina do trabalho na fábrica”. Essa relação de dependência seria uma matriz histórica da sociedade capitalista, o que explicaria o aparecimento dos primeiros sistemas carcerários modernos justamente nas primeiras sociedades industriais (Holanda, Inglaterra, Estados Unidos e França) (Santos, 2008, p. 502-503).

Se as penitenciárias para presos ditos comuns não têm cumprido o papel de “ressocialização” e são verdadeiras máquinas violadoras de direitos, pior ainda é imaginar uma pessoa que é considerada inimputável, como o caso dos louco-criminosos, privada de liberdade em tais instituições. Entendemos que as pessoas com transtornos mentais e em conflito com a lei devem ser inseridas na Rede de Atenção Psicossocial<sup>7</sup> (RAPS) e não em departamentos penitenciários.

O professor Alysson Leandro Mascaro avança na crítica às instituições capitalistas. Fundamentado na perspectiva marxiana, argumenta que os direitos humanos seriam, em essência, construídos como forma de legitimar a sociedade classista. Segundo ele, as

[...] explorações e opressões, os antagonismos e os conflitos ocorridos desde os primórdios da sociabilidade capitalista não são chagas que possam vir a ser curadas pelos direitos humanos. As lutas sociais, políticas, de classes, grupos e indivíduos são constrangidos pela forma política estatal e pela forma da subjetividade jurídica, não para que suas mazelas se resolvam, mas, sim, como condição de sua existência e permanência (Mascaro, 2017, p. 132).

Isso significa que os manicômios judiciários, enquanto instituições vinculadas ao sistema prisional e imersos no arcabouço jurídico, acompanham o ritmo de mudanças das políticas públicas na área penal, ficando aquém das transformações que vêm ocorrendo no âmbito da saúde mental. Enquanto o sistema prisional continua a repetir o mesmo modelo há décadas, com pouca ou quase nenhuma inovação, a saúde mental vem se alterando ao longo dos anos. Isso não significa que no campo da saúde mental tudo esteja em perfeito estado.

---

<sup>7</sup> Conforme veremos, existe em curso no país uma tentativa de descaracterizar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), inserindo, dentre seus dispositivos, equipamentos terceirizados de cunho manicomial. Ao longo do trabalho, quando defendemos a RAPS como contraponto aos manicômios judiciários, referimo-nos àquela contida originalmente na Portaria 3088 (Ministério da Saúde, 2011).

Muita coisa ainda precisa mudar, pois não basta tirar o protagonismo do tratamento dos manicômios e repetir a lógica do isolamento e a exclusão em outras instituições. No entanto, mesmo considerando as necessárias alterações na área da saúde mental, como construção de equipamentos suficientes na rede substitutiva, ampliação das políticas de redução de danos, fim das terceirizações e comunidades terapêuticas, fechamento completo dos hospitais psiquiátricos, dentre outras, é inegável que o sistema penitenciário está muito distante dos avanços conquistados na saúde mental (Ministério da Saúde, 2001).

O atraso no tratamento de pessoas com transtornos mentais no sistema prisional não é peculiaridade do Brasil. Também na Itália, berço das ideias e propostas antimanicomiais, verificamos um descompasso entre os usuários em conflito com a lei e aqueles sem problemas com a justiça. Enquanto a Reforma Psiquiátrica italiana foi aprovada em 1978 (Lei 180), somente em 2015 os manicômios judiciais foram totalmente fechados. Por longos 37 anos, os loucos-criminosos foram privados de liberdade na Itália, contrariando as políticas públicas destinadas a usuários de saúde mental em meio aberto. Venturini (2016) argumenta que a permanência dos manicômios judiciais italianos por tanto tempo ocorreu por uma confluência de fatores, dentre os quais por eles estarem vinculados ao Ministério da Justiça e não ao Ministério da Saúde (assim como no Brasil) e por uma espécie de “arrependimento dos legisladores em relação à Reforma Psiquiátrica, cujo radicalismo talvez não fora, anteriormente, adequadamente dimensionado” (Venturini, 2016, p. 14).

Na Itália, tal como no Brasil, as violações à dignidade humana no interior dos manicômios judiciais eram comparadas às piores catástrofes da história da humanidade. Uma delegação de políticos, representantes de associações e entidades de saúde, realizou inspeção nos manicômios judiciais e denunciou uma série de problemas e privações de direitos. Segundo o relatório, os internados estavam

[...] em condições de degradação física e psicológica, fechados em si mesmos, completamente ausentes, ocupados em gestos repetitivos. As celas estavam totalmente despojadas, desprovidas de qualquer mobília; e havia ainda as celas fortes, para isolamento. Em muitas celas faltava papel higiênico e sabão; durante o inverno o aquecimento estava, muitas vezes, suspenso. A maioria dos psiquiatras, dos psicólogos e dos enfermeiros tinha um emprego instável, a quantidade de horas do contrato era insuficiente para garantir os tratamentos apropriados (Venturini, 2016, p. 20-21).

As diversas denúncias, tal como a realizada pela delegação supracitada, demonstraram a importância da liberdade como um valor intrínseco no cuidado à saúde mental. O

fechamento dos manicômios judiciários italianos, em 2015, foi apenas a finalização de um longo processo. Em 1982, o Supremo Tribunal Federal (STF) da Itália decidiu que a periculosidade não podia ser considerada como característica natural, mas esta deveria ser interpretada a partir da presença de oportunidades, recursos e serviços. Em 2003, a corte avançou ainda mais ao autorizar o cumprimento de medidas de segurança em lugares alternativos. Um ano depois, ela declarou ser inconstitucional a não aplicação de medidas alternativas, utilizando como fundamento a equiparação dos pacientes dos manicômios judiciários com aqueles abarcados pela Reforma Psiquiátrica. Em 2008, a medicina penitenciária italiana deixou o sistema carcerário para ser incorporado pelo Sistema Sanitário Nacional (equivalente ao SUS). Daí em diante, uma sucessão de decretos e iniciativas foram aprovadas, com vistas ao fechamento completo dos manicômios judiciários – concretizado em 2015 (Venturini, 2016).

No Brasil, por mais que ainda estejamos longe do ideal, não podemos ignorar os avanços conquistados pelos movimentos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. A lógica hospitalocêntrica passou a ser gradativamente substituída pela atenção ao usuário, considerado um sujeito de direitos, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). De acordo com a Portaria 3088, art. 2º, inciso IX, a RAPS tem como uma de suas diretrizes a “ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares” (Ministério da Saúde, 2011). O vínculo territorial, familiar e comunitário é um princípio fundamental na atenção às pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico. Se o hospital psiquiátrico foi antes a única instituição destinada às pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico, depois da Reforma Psiquiátrica uma nova lógica de tratamento apresentou-se como possibilidade social.

A prática de institucionalização da loucura ainda é hegemônica em diversos países, dentre os quais, o Brasil. O fato de a centralidade ter sido retirada dos hospitais psiquiátricos (ao menos com o advento da Lei 10.216/01) não significa que a loucura não esteja sendo institucionalizada em outros equipamentos públicos e privados. Desconstruir o manicômio implica o questionamento de pressupostos históricos a partir dos quais a “doença mental” foi definida e classificada. O preceito de desinstitucionalização, portanto, não pode ser confundido exclusivamente com fechamento de hospitais psiquiátricos. Desinstitucionalização não significa (ou, pelo menos, não deveria significar) meramente desospitalização.

[...] “negação da instituição” não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (Amarante & Rotelli, 1992, p. 44).

A reforma psiquiátrica questiona, nesse sentido, a lógica asilar e suas formas de exclusão, propondo novos modos de atenção às pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico e, sobretudo, novas sociabilidades que possibilitem a interlocução entre os diferentes tipos de pessoas. Conviver com a pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico inserida na comunidade é um imenso desafio, visto o paradigma hegemônico que pretende padronizar o comportamento humano, o qual nega qualquer margem para a diferença. Por conta disso, existem questionamentos e críticas à lógica da institucionalização da loucura.

No caso dos manicômios judiciários, verificamos que, em vez de mudança de paradigma, que substitui o isolamento por um modelo contextualizado de atenção ao usuário, encontramos as mesmas práticas dos hospitais psiquiátricos da década de 1960 no Brasil. Em muitos casos, podemos afirmar que a situação é ainda pior, considerando que eles seguem o rito das penitenciárias e não dos hospitais. As mesmas celas e algemas que existem nas prisões convencionais estão presentes nos manicômios judiciários, que deveriam ser espaços de tratamento de saúde mental e não de aprisionamento e exclusão.

Poderíamos afirmar que os manicômios judiciários tornaram-se instituições obsoletas e sem serventia. No entanto, acreditamos que ainda hoje eles cumprem determinada função social. Se estão em pé, mesmo depois da Reforma Psiquiátrica, é porque atendem a determinados interesses. Rauter (2016) cita Spinoza, filósofo racionalista holandês do século XVII, para dizer que “nada existe por descuido ou sem razão” e acerca dos manicômios judiciários, afirma que “forças poderosas existentes na sociedade o mantêm ou tornam-no necessário” (Rauter, 2016, p. 44).

No que diz respeito aos hospitais psiquiátricos, assistimos a um verdadeiro desmonte dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica. Se até então contávamos com uma política de desinstitucionalização, a Portaria nº 3.588 de 2017 prevê a abertura de leitos em hospitais psiquiátricos para 20% e aumenta os repasses financeiros aos donos dessas instituições. O documento também exige que os hospitais gerais tenham ao menos 80% de

ocupação nos leitos de saúde mental para receberem verba. Em suma, a lógica de atenção à saúde mental focada no território e na manutenção dos vínculos familiares e comunitários está sofrendo fortes ataques (Ministério da Saúde, 2017).

Além disso, o Ministério da Saúde passou a “não fomentar o fechamento de unidades de qualquer natureza”, a partir da publicação da Nota Técnica nº 11, em fevereiro de 2019 (Ministério da Saúde, 2019, p. 3-4). Isso significa que a desinstitucionalização, componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), expresso na Portaria nº 3088, fica prejudicado, pois um dos critérios para abertura de vagas nas residências terapêuticas é o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2011).

A nota é, no geral, um explícito enfrentamento aos princípios que orientam a RAPS. Como se não bastasse, a partir dela, os aparelhos de eletroconvulsoterapia (eletrochoque) passam a ser incluídos na lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) (Ministério da Saúde, 2019, p. 6), podendo, portanto, serem adquiridos com recursos públicos. E ainda, o mesmo documento apresenta a intenção do Ministério da Saúde em financiar mais 12.000 leitos em comunidades terapêuticas, instituições recorrentemente com viés religioso, sem equipes mínimas, com práticas asilares e distantes da lógica da redução de danos (Ministério da Saúde, 2019).

A perspectiva adotada pelo Ministério da Saúde, que aponta para a abertura de leitos em hospitais psiquiátricos, aumento no financiamento de comunidades terapêuticas e volta do eletrochoque, contrariando os princípios e propostas da Reforma Psiquiátrica, corrobora para a manutenção dos manicômios judiciários, visto que esses, ao longo de quase um século, sequer passaram por alterações significativas.

Mesmo com o advento da Reforma Psiquiátrica, que propõe a desinstitucionalização da atenção à saúde mental, presenciamos a abertura de novos manicômios judiciários. Somente depois da aprovação da Lei nº 10.216, no ano 2001, foram abertas mais seis<sup>8</sup> instituições destinadas aos louco-criminosos, sendo duas delas na Região Sudeste, duas no Norte, uma no Centro-Oeste e uma no Nordeste do país (Diniz, 2013).

O Paraná não foi contemplado com a construção de um novo manicômio judiciário, mas o Complexo Médico Penal (CMP), erguido em 1969, situado no município de Pinhais, região metropolitana de Curitiba, tinha em 2011 a segunda maior população de internos de todas as instituições correlatas do país. A unidade tinha um total de 411 internos, o que

---

<sup>8</sup> As unidades foram construídas em Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Piauí, Rondônia e São Paulo.

corresponde a 15% do número de internos no Brasil e 52% das pessoas da Região Sul (Diniz, 2013, p. 199). Por mais que não tenha sido construído um novo manicômio judiciário, o número de internos é, sem dúvida, uma afronta aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Do total de internos da Região Sul, mais da metade encontra-se encarcerada no Complexo Médico Penal do Paraná.

E pensar que ainda hoje, contrariando às diversas publicações acadêmicas, documentos oficiais e relatórios de conferências que demonstram a ineficiência do tratamento ao louco-criminoso no interior dos manicômios judiciários, ainda assim, essas instituições permaneçam como o principal espaço de destinação dessas populações. Além disso, constata-se que não só resistem ao tempo, mas novas delas são construídas.

O perfil da população interna do CMP, traçado por Diniz (2013), demonstra o quanto essas instituições são até hoje destinadas aos pobres sem escolaridade, mantendo sua característica fundante do início do século XX de higienizar socialmente as grandes cidades. Segundo a autora, 91% dos internos não passam do ensino fundamental, ou seja, a grande maioria, quase a totalidade, tem escolaridade baixa. No que diz respeito ao emprego, 88% estão desempregados ou são autônomos, atendentes de lojas, empacotadores, trabalhadores do campo, pescadores e operários de fábricas, cujos salários não ultrapassam três salários-mínimos. A população do Complexo Médico Penal do Paraná tem perfil semelhante ao encontrado nos demais manicômios judiciários do país (Diniz, 2013, p. 202).

Se os primeiros manicômios judiciários foram erguidos com a finalidade de responder aos anseios de uma elite que diante do aumento da criminalidade decorrente do crescimento abrupto das grandes cidades clamava por espaços destinados a todos que fugissem do padrão de comportamento burguês, atualmente, presenciamos instituições que, igualmente, servem como depositárias de pobres, loucos e pessoas sem acesso à escola. Os dados levantados por Diniz (2013) revelam a face nefasta do discurso higienista, em que o suposto tratamento de saúde justifica, na realidade, a exclusão e o isolamento de pessoas que não se encaixam nas normas sociais.

O descaso por parte do poder público e da sociedade em geral com relação aos internos fica evidente quando constatamos o igual descaso quanto aos “erros” de procedimentos que regulam as internações, já que muitos internos estão sem julgamentos,

muitos com determinação judicial para soltura e outros tantos aguardando realização de exame de sanidade mental.

No Brasil, um em cada quatro sujeitos internados não deveria estar nos estabelecimentos de custódia. São pelo menos 741 indivíduos presos incorretamente, seja porque seu laudo teve como resultado “cessação de periculosidade”, porque estão internados sem processo judicial, porque esta determina desinternação ou porque a medida de segurança está extinta. Destaca-se também a quantidade de sujeitos internados temporariamente que aguardam a realização do exame de sanidade mental ou de cessação de periculosidade, chegando ao assombroso volume de 1.194 casos. Somando esses com os que estão presos irregularmente, citados acima, temos um total de 1.935 pessoas dentro dos manicômios judiciários aguardando laudo, sem processo judicial, com medida de segurança extinta, com laudo favorável à soltura ou com determinação judicial para desinternação. Do total de 3.989 internos no Brasil, quase a metade (48,5%) está presa irregularmente (Diniz, 2013).

Se quase metade dos internos está presa irregularmente, é porque os “erros” não são exceções, mas, sim, características que fazem parte da regra oficial. Se, discursivamente, os manicômios judiciários destinam-se ao tratamento de saúde mental, mas seu público não necessita (ou não se sabe se necessita) desse tratamento, então é porque, na materialidade, eles acabam cumprindo outras finalidades – que não o cuidado com a saúde mental dos internos.

A realidade concreta é sempre reveladora de contradições e, por isso, devemos analisá-la à luz das suas características materiais. Para além do que está escrito em teses científicas, relatórios, laudos e pareceres, importa-nos o que o mundo concreto apresenta ao mundo das ideias – e não o contrário. Compreender o manicômio judiciário a partir do materialismo histórico e dialético significa, sobretudo, analisar suas contradições internas e externas ao longo da história. As práticas institucionais não podem perder de vista os determinantes econômicos, sociais e políticos, nunca descoladas das implicações ideológicas de produzir e reproduzir a vida. Toda e qualquer instituição deve ser contextualizada no tempo e no espaço, considerando sempre a que interesses elas respondem.

Marx (1985), quando se refere ao livro *Filosofia da miséria*, de Proudhon, argumenta sobre a necessidade de se levar em consideração o movimento real da história, ou seja, o contexto econômico, social e político para analisar as obras humanas. Elas não surgem espontaneamente na cabeça dos homens, senão como fruto de condições, necessidades e interesses vinculados diretamente aos elementos históricos.

[Proudhon] Não sente a necessidade de falar dos séculos XVII, XVIII e XIX porque a sua história decorre no reino nebuloso da imaginação e paira muito acima do tempo e do espaço. Numa palavra, isto não é história, mas velharia hegeliana: não é a história profana – a história dos homens –, é a história sagrada: a história das ideias (Marx, 1985, p. 208).

Também quando analisa o desenvolvimento das máquinas, faz a partir do movimento real da história. “Pode-se dizer que até 1825 – época da primeira crise universal – as necessidades do consumo, em geral, cresceram mais rapidamente que a produção, e o desenvolvimento das máquinas foi uma consequência obrigatória das necessidades do mercado” (Marx, 1985, p. 209). Nesse sentido, as máquinas não são meras obras de sujeitos criativos que, despretensiosamente, inventaram-nas, mas, sobretudo, consequência concreta das necessidades do mercado.

No caso dos manicômios judiciários, tendo a concepção materialista enquanto fundamento, nosso intento foi considerá-los a partir da concretude, das contradições inerentes ao capitalismo, das necessidades históricas e dos aspectos científicos umbilicalmente vinculados aos anseios sociais. Diante das contradições inerentes a uma sociedade de classes e considerando os manicômios judiciários enquanto instituições que respondem a essa mesma sociedade, uma série de questionamentos que abordamos ao longo deste estudo é estipulada, ou seja, a despeito do discurso de tratamento de saúde mental, qual a real função dessas instituições? A internação em manicômios judiciários justifica-se para oferecer um tratamento ao usuário ou para isolá-lo a fim de proteger a sociedade da sua suposta periculosidade? Os manicômios judiciários são os mesmos desde a origem? Se não, o que e por que mudaram? E mais, quais técnicas e quais instrumentos científicos legitimam as violações de direitos dentro dos manicômios judiciários?

Essas são questões que abordamos ao longo do presente trabalho, não para respondê-las definitivamente, pois, como sabemos, a complexidade dos fenômenos envolvidos no manicômio judiciário permite-nos chegar mais a indagações do que a conclusões. As perguntas conduziram-nos à tentativa de compreender os elementos que sustentam essas instituições centenárias, com poucas alterações e repletas de contradições, saudosismos e até irregularidades.

Os dados apresentados por Diniz (2013) demonstram que quase metade (48,5%) dos internos dos manicômios judiciários está presa ilegalmente. Dos quase quatro mil internos dos manicômios judiciários brasileiros, ao menos metade não deveria estar presa. Como vemos,

apesar das ilegalidades, persiste o isolamento do suposto louco-criminoso sob o discurso dominante de proteção do sujeito e da sociedade.

A outra metade dos internos nos manicômios judiciários, as 2.054 pessoas que, em tese, estariam presas regularmente, está dividida a partir dos seguintes diagnósticos psiquiátricos: portadoras de esquizofrenia (45%), retardo mental (17%), transtornos devido ao uso de álcool e de outras drogas (12%), transtornos de personalidade (6%), epilepsia (3%), transtornos afetivos uni ou bipolares (3%), transtornos de preferência sexual (2%), transtornos mentais orgânicos (2%), outros (0,3%) e sem informação (11%) (Diniz, 2013).

Como podemos perceber, há grande variedade de diagnósticos, que vão desde à clássica esquizofrenia até a transtornos relacionados à orientação sexual. Qualquer pessoa que receba um rótulo com base nos manuais de psiquiatria e envolva-se em algum tipo de delito pode ser conduzida ao manicômio judiciário. Hoje, a internação justifica-se a partir de qualquer diagnóstico psiquiátrico, sendo que nos primórdios esta era destinada somente aos casos classificados como “degenerados”, “natos”, “de índole” e “anômalos morais”. Todas essas categorias são versões do que mais tarde ficou conhecido como “personalidades psicopáticas” ou “sociopatas” (Carrara, 2010, p. 27). Se antes os presos, por serem considerados louco-criminosos, eram os classificados como psicopatas ou sociopatas, atualmente, o leque de doenças mentais contempladas é muito mais amplo. Uma pessoa em situação de conflito com a lei e que tenha recebido qualquer diagnóstico descrito nos manuais psiquiátricos, seja relacionado à dependência química, à sexualidade, a orgânicos ou outros, será considerada inimputável e colocada no manicômio judiciário por tempo indeterminado.

Atualmente, não é difícil receber um rótulo psiquiátrico. O número de doenças mentais cresce assustadoramente nos sistemas de classificação de doenças mentais. Dificilmente um sujeito entra numa consulta com psiquiatra e sai sem um diagnóstico e uma receita de medicação tarja preta. Em estudo na atenção primária de quatro capitais brasileiras, pesquisadores brasileiros e ingleses argumentam que “problemas de saúde mental foram especialmente altos em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda”. Segundo eles, a taxa de pessoas com transtornos mentais nos usuários do Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto Alegre foram, respectivamente, 51,9%, 53,3%, 64,3% e 57,7% (Gonçalves *et al.*, 2014, p. 623).

Os resultados da pesquisa de Gonçalves *et al.* (2014) demonstram que mais da metade da população das quatro capitais supracitada – Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza e Porto

Alegre – está com transtornos mentais. A cada duas pessoas, pelo menos uma recebeu algum tipo de diagnóstico psiquiátrico. Alguns poderiam justificar esta taxa de prevalência dizendo que a vida cotidiana está cada vez mais intensa, que o nível de estímulos e cobranças pessoais tem aumentado e que a vigília e o controle seriam as causas. De fato, todos esses motivos podem (e devem) estar relacionados ao alto índice de pessoas com transtornos mentais na atualidade. No entanto, preferimos analisar a situação por outro prisma. À medida que características antes consideradas normais entram para o rol das anormalidades, cresce obviamente o número de pessoas classificadas como “doentes”.

Com esta porcentagem de pessoas consideradas “doentes mentais” chegando a mais da metade nas quatro capitais pesquisadas por Gonçalves *et al.* (2014), a própria ideia do que seria “anormalidade” precisa ser revista. O “anormal”, em tese, seria a exceção – aquele que foge à regra. O normal seria, por oposição, o que mantém o padrão – que segue a norma e os preceitos presentes na maioria. No entanto, se temos mais da metade da população considerada “doente mental”, significa que o normal (padrão) é ser doente e não o contrário. Ou seja, o anormal seria a não presença de doença mental – aqueles que hoje seriam considerados normais. Enfim, o paradoxo pode ser resumido da seguinte forma: aumenta-se o número de doenças mentais e os anormais passam a fazer parte do padrão.

A primeira versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) contava com 106 doenças mentais classificadas. Depois de 40 anos de revisões, em 1994, a quarta versão do manual apresentou 297 transtornos, saltando para quase três vezes mais o número total de doenças. A última atualização do manual (DSM V), lançada em 2013, ultrapassa 300 doenças mentais em sua listagem (American Psychiatric Association, 2014).

A consequência lógica desse aumento significativo de transtornos psiquiátricos, no que diz respeito aos manicômios judiciários, é que, atualmente, cresceu a variedade de motivos que justificam o internamento. Antes somente os classificados como psicopatas ou sociopatas demandavam a internação, hoje, qualquer diagnóstico serve para manter uma pessoa presa em manicômio judiciário. Em nosso entendimento, existe uma relação direta entre criação (ou descoberta) de “doenças psiquiátricas” e aumento de internamentos. A ciência psiquiátrica, com seus consequentes instrumentos e técnicas, legitima – ou preconiza – o internamento social/político do louco-criminoso ao longo da história dos manicômios judiciários.

No caso do Complexo Médico Penal do Paraná, a situação é ainda mais preocupante. O que chama atenção nessa instituição, distanciando-se do cenário nacional, é que 46% dos internos não receberam diagnósticos. Isso mesmo, se manifestamos até agora a preocupação com o aumento no número de “doenças mentais” e o quanto isso tem legitimado, ao longo dos anos, o crescimento de internações, imagine uma instituição que nem sequer justifica a prisão pela presença de transtorno mental. Nos laudos de sanidade mental e de exames de cessação de periculosidade analisados por Diniz, é comum haver apenas a menção de que a pessoa sofria de “doença mental”, sem nenhuma especificação de qual seria essa suposta doença (Diniz, 2013, p. 204).

A situação do CMP parece mais absurda do que as que relatamos até agora, pois todo tratamento psiquiátrico decorre, em tese, de um determinado diagnóstico. A medicação utilizada, a intervenção da equipe multidisciplinar, as técnicas e métodos, enfim, toda ação institucional destinada a “cessar a periculosidade”, com vistas à alta hospitalar, requer inicialmente um código na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). A falta de um diagnóstico preciso no CMP equivale a um enfermo entrar numa consulta com um médico clínico se queixando de dores no peito e sair com o diagnóstico de “doente”, sem qualquer especificação de que tipo de doença se trata e sem saber qual o tratamento adequado para a cura das dores no peito.

Questionamos a real necessidade de manutenção, a existência dos manicômios judiciários e apontamos o quanto eles se alinham a princípios contrários aos da Reforma Psiquiátrica. Enquanto essa pressupõe a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários, respeitando os direitos, aqueles lançam mão da exclusão, celas e algemas<sup>9</sup>. Questionamos a legislação e os princípios da psiquiatria, que legitimam o isolamento de pessoas que deveriam, ao contrário, receber tratamento digno e vinculado ao seu território, comunidade e família. São críticas que colocam em xeque elementos de fundo, com vistas a alterar o *status quo*. Porém, mesmo dentro da lógica psiquiátrica e judicial, encontramos inúmeras falhas e equívocos, propositais ou não, que demonstram a falência dos manicômios judiciários. São processos judiciais irregulares, pessoas presas sem condenação, laudos

---

<sup>9</sup> Em nosso estudo de caso, apresentado no capítulo 3, constatamos que Sr. Loriei ficou alojado em uma cela durante toda sua estadia no Complexo Médico Penal do Paraná, onde esteve “internado” por quatro anos e meio, entre 2009 e 2013. Ele relata que era algemado para transitar pelos corredores da unidade ou se dirigir ao “pronto-socorro”. Os detalhes da entrevista estão no capítulo 3.

imprecisos, internos aguardando realização de exames e sujeitos institucionalizados mesmo depois da alta hospitalar. Podemos acrescentar ainda a falta de profissionais, a precariedade dos espaços físicos e materiais de trabalho inadequados.

O relatório publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2015, fruto de inspeções em manicômios judiciais de 17 estados, realizadas pelo CFP, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), revela a situação calamitosa dessas instituições. Além de número de advogados e psicólogos insuficiente, pacientes/presos (termo utilizado no relatório) sem acesso à visita íntima e prontuários inexistentes, a estrutura física dos locais é extremamente precária. Assim descreve o relatório:

Chuveiros insuficientes e com apenas água fria, os presos/pacientes não têm acesso sequer à válvula de descarga dos banheiros. As celas de isolamento possuem um vaso sanitário, mas sem válvula de descarga. Foi-nos informado que, externamente, um funcionário dava descarga três vezes ao dia (por segurança – sic), regra geral “fossa turca” (buraco no chão, como nas cadeias). Além das péssimas condições de limpeza (mesmo quando “preparados” para a inspeção), o cheiro é repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas a lavagem periódica. Em 70,59% dos manicômios inspecionados não há espaço para convivência íntima e, em 100% deles, não há visita íntima (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p. 18).

No que diz respeito ao acesso à assistência jurídica, das 18 unidades inspecionadas, em apenas três delas (Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul) havia a presença de advogados. Igualmente preocupante, faltam também profissionais da psicologia, contabilizando, na unidade com melhor relação, um psicólogo para cada 21 presos/pacientes e, na pior relação, “inacreditáveis 104 presos/pacientes por profissional da psicologia” (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p. 17).

Em 61% das unidades avaliadas, os presos/pacientes estavam recolhidos em celas comuns, similares às encontradas nas penitenciárias. Salta aos olhos a revelação de que, em mais da metade dos manicômios judiciais pesquisados, os internos são recolhidos em celas iguais aos dos presídios, sendo que, na letra da lei, eles são considerados inimputáveis, ou seja, não responsáveis pelos atos e, por isso, deveriam ser submetidos a tratamentos de saúde mental. A pergunta que não quer calar: é possível considerar “tratamento” o recolhimento de internos em celas de presídios? E mais, “em sete, dos dezessete manicômios pesquisados, há

superlotação, que varia de 110% da capacidade de vagas instaladas a 410%” (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p. 17).

Como se não bastasse, outra demonstração de que o acesso à “saúde” fica em segundo plano é o fato de que os prontuários são praticamente inexistentes, excetuando-se relatos de eventos pontuais. Os registros resumem-se a anotações de passagem de plantão em livro ata. Os poucos prontuários existentes são, em sua maioria, incompletos, sem dados totais dos internos. “Os presos/pacientes são atendidos através de grade, com pouquíssima ou nenhuma frequência. Não têm conhecimento de seu plano terapêutico, nem tampouco qual a previsão de saúde da unidade” (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p. 19).

O relatório sintetiza que o manicômio judiciário é um híbrido do pior da prisão com o pior do hospital psiquiátrico. Separadamente, as duas instituições já exprimem faces assustadoramente violentas e, quando unidas, conseguem ser ainda mais opressoras. No Brasil, “as pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei são abandonadas, presas, inúmeras delas há décadas, esquecidas, submetidas a vários tipos de abuso, ainda presente na triste realidade encontrada no momento das inspeções (...)” (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p. 155).

A parceria entre CFP, OAB e Ampasa, que culminou na inspeção de 18 unidades espalhadas pelo país, deu, sem dúvida, um importante passo na longa caminhada pela desconstrução desse modelo de tratamento ao louco-criminoso. É necessário assinalar que a instituição do Paraná não foi uma das unidades inspecionadas. Na época (2015), o Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRP 08) justificou a impossibilidade devido ao Complexo Médico Penal (CMP), de Curitiba, estar custodiando presos da “Operação Lava Jato”.

De toda forma, mesmo diante da ausência do CMP dentre as instituições inspecionadas, o relatório escancara a triste realidade dos manicômios judiciários em geral, o que contribui significativamente para a realização do presente trabalho. Apesar de sutis peculiaridades, o tratamento dos louco-criminosos paranaenses, seguramente, não se distancia do que fora verificado durante as inspeções.

O presente estudo faz parte do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Higiene Mental e Eugenia (GEPHE)<sup>10</sup> e tem como objetivo refletir sobre a função social historicamente

---

<sup>10</sup> Grupo de pesquisa vinculado à Universidade Estadual de Maringá (UEM), existente desde 1998, que tem como objetivo pesquisar o ideário da higiene mental e da eugenia no início do século XX no Brasil e seus desdobramentos nas instituições brasileiras na atualidade, devidamente cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) desde a sua criação.

atribuída aos manicômios judiciários e o descompasso com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Nossa tese é de que a internação no manicômio judiciário não tem por objetivo a preocupação com a saúde mental do paciente, mas, sim, a punição por um crime que, mesmo quando o sujeito é absolvido, permanece como fundamento organizativo de tais instituições. Defendemos que a atenção à saúde mental do louco-criminoso, em todas as situações, deve ocorrer na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não no manicômio judiciário.

Como forma de explorar nossa tese, realizamos análise da legislação e do contexto do início do século XX, com a finalidade de resgatar a origem dos manicômios judiciários. Analisamos também os periódicos *Archivos*<sup>11</sup> do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, da década de 1930, e *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Apresentamos a experiência italiana de fechamento completo dos manicômios judiciários e seus impactos no Brasil, bem como os inúmeros e atuais documentos, relatórios e argumentos que escancaram a contradição de existência dessas instituições asilares à luz da reforma psiquiátrica brasileira. Como forma de entender as diferenças entre o manicômio judiciário em sua origem e na atualidade, expomos as configurações do Estado moderno (e suas instituições correlatas) na história do capitalismo industrial, mais especificamente no século XX. Abordamos ainda questões relacionadas aos diagnósticos nosológicos e à periculosidade – tanto do louco-criminoso quanto da ciência e do Estado.

Empreendemos, também, estudo de caso de uma pessoa<sup>12</sup> com diagnóstico de esquizofrenia paranoide, que foi responsabilizada por um crime, presa no Complexo Médico Penal do Paraná e, atualmente, é acompanhada com sucesso pela RAPS. Chegamos até o sujeito da pesquisa por meio de contato com profissionais que pertencem ao GEPHE. Tivemos a oportunidade de analisar de perto a relação emblemática dele com os serviços de saúde mental e com o Complexo Médico Penal do Paraná, onde ficou internado por quatro anos e meio. Para reconstruir sua história, realizamos entrevistas com profissionais de saúde,

---

<sup>11</sup> Até 1940, a ortografia utilizada era “archivos”, depois passou a ser designada como “arquivos”. No presente trabalho, respeitamos a nomenclatura original.

<sup>12</sup> Como sugestão da banca de qualificação do doutorado, tentamos ampliar o número de casos. Soubemos de casos semelhantes ao do Sr. Loriei em Curitiba e passamos a negociar a realização da pesquisa com os equipamentos de saúde do município. Depois de quase seis meses de tratativas, o Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Curitiba negou a nossa solicitação sob o seguinte argumento: “Por tratar-se de usuários que apresentam acentuada fragilidade e vulnerabilidade e estão sob os cuidados continuados da equipe do CAPS, evita-se a qualquer momento exposição que possa prejudicar o processo terapêutico instituído, portanto o parecer de viabilidade é de não aprovado” (Anexo 2). Cumpre lembrar que tanto o projeto original já tinha sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá (Anexo 1) quanto a inclusão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba como parceira (Anexo 3) e mesmo assim a realização da pesquisa foi vetada.

familiares e com o próprio usuário. Analisamos também o prontuário e o processo judicial que o levaram à prisão, bem como observamos sua participação no grupo de saúde mental “Bem-me-quer<sup>13</sup>”.

Optamos por não apresentar o processo judicial nas referências para preservar o nome original dos envolvidos. Utilizamos nomes fictícios para nos referir ao usuário e à sua esposa. No caso das(dos) profissionais de saúde e familiares entrevistados, decidimos denominá-los pelas profissões ou grau de parentesco quando for o caso. O projeto de pesquisa foi devidamente aprovado no Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá em 10 de maio de 2017, sob Parecer nº 21.177.030, conforme Anexo I.

A motivação para a realização da presente pesquisa deu-se tanto pela nossa militância no movimento da Luta Antimanicomial quanto pela trajetória profissional. Depois de ingressar como psicólogo concursado no Complexo Médico Penal em 2013, apresentamos proposta de trabalho a partir de grupos focais com os internos da instituição, proposição distinta da solicitada pela administração, que se limitava à realização de exames de sanidade mental e de cessação de periculosidade. A proposta de trabalho foi recusada e fomos transferidos para a Penitenciária Feminina do Paraná.

Mesmo com a transferência, enquanto professor da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR), solicitamos abertura para a realização de projeto de pesquisa, que inicialmente foi aceita por parte da administração local. Depois de aprovado o projeto de pesquisa na instituição de ensino, com quatro estudantes participantes, sendo dois deles bolsistas, a direção do CMP voltou atrás e negou a realização de pesquisa na instituição.

Diante das dificuldades impostas por parte da administração do Complexo Médico Penal, nitidamente restringindo qualquer mudança no interior da unidade, vislumbramos a possibilidade de pesquisa de doutorado, que tivesse como foco a crítica ao modo asilar de tratamento dos manicômios judiciários.

Quanto à organização do trabalho, no primeiro capítulo, abordamos a origem e a história dos manicômios judiciários – como surgiram e a quais interesses atendiam. A industrialização, a urbanização, a imigração e a liberação não planejada de mão de obra escrava trouxeram sérias consequências para a vida nas grandes cidades no início do século

---

<sup>13</sup> O grupo de saúde mental “Bem-me-quer” iniciou as atividades em 2006 como um projeto de extensão universitária, coordenado por integrantes do GEPHE. Posteriormente, foi incorporado às ações da Secretaria de Saúde do município. Os encontros são semanais e ocorrem todas as terças-feiras, contando com a coordenação de uma psicóloga e uma assistente social, que oferecem oficinas manuais e rodas de conversa aos usuários.

XX. O aumento da criminalidade, decorrente dos problemas econômicos e sociais, demandou novas políticas públicas relacionadas à segurança pública. A construção de espaços exclusivos aos louco-criminosos acompanhou o ritmo de desenvolvimento de medidas repressivas em outros âmbitos, como aquelas específicas a imigrantes, andarilhos, mulheres, adolescentes, dentre outros grupos marginalizados.

Apresentamos extratos dos periódicos Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro da década de 1930 para fundamentar nossa tese de que essas instituições tinham, desde os primórdios, o objetivo de criminalizar a pobreza e isolar os louco-criminosos a fim de proteger a sociedade. Resgatamos também os Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, publicados pela Liga Brasileira de Hygiene Mental, por entender que essa associação foi um dos principais espaços de debates e de articulação de intelectuais da área da saúde e deveras atuante nas primeiras décadas do século XX no Brasil.

No segundo capítulo, discorremos sobre a experiência italiana de reforma psiquiátrica. Os esforços empreendidos pela equipe de Franco Basaglia, do movimento antimanicomial e da Psiquiatria Democrática Italiana resultaram no fechamento, inicialmente, em 1978, dos hospitais psiquiátricos e, posteriormente, em 2015, dos manicômios judiciários. Demorou 37 anos de reforma psiquiátrica para que essas instituições asilares fossem definitivamente fechadas na Itália. No Brasil, a partir da Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, novos programas, equipamentos e práticas estão sendo desenvolvidos, dando sustentação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), enquanto substitutivos à lógica segregacionista. Apesar dos avanços, ainda estamos distantes do ideal, pois nenhum novo paradigma materializa-se sem enfrentamentos e reações.

No terceiro capítulo, apresentamos o caso de uma pessoa com transtorno mental, que apresentava quadro de alucinações e delírios, que devido ao fato de ter assassinado a esposa, permaneceu no Complexo Médico Penal por quatro anos e meio e hoje recebe cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), num pequeno município do norte do Paraná. Esse é um exemplo de que é possível e salutar a atenção em meio aberto, mesmo nos casos que envolvem crimes graves, cometidos por pessoas com diagnósticos psiquiátricos.

No quarto capítulo, levantamos questões acerca de perspectivas científicas, instrumentos e técnicas que estão a serviço do sistema capitalista, cujo preceito fundamental é a concepção de homem liberal. O sistema social contemporâneo sustenta-se na culpabilização individual, ou seja, a estrutura capitalista necessita que os problemas sociais – como a

criminalidade, por exemplo – sejam atribuídos individualmente aos sujeitos protagonistas. Encontramos no abolicionismo penal indagações sobre a real eficácia do sistema prisional, que vem demonstrando ao longo dos anos sua face perversa punitiva ao colocar em xeque o discurso de ressocialização por meio das penitenciárias. Empreendemos, ainda, estudo sobre o papel do Estado, e suas instituições correlatas, no capitalismo e as mutações que ele vem sofrendo conforme as demandas do sistema produtivo.

O quinto e último capítulo é dedicado ao estudo da perspectiva científica, dos instrumentos e das técnicas que dão sustentação aos manicômios judiciários antes e hoje. Não há uma ciência despida de interesses econômicos, sociais e culturais. Tudo que é considerado “doença mental”, que varia de acordo com as demandas de uma determinada época, como, por exemplo: o aumento dos crimes no final do século XIX precisou ser explicado de alguma forma; a pressão do movimento das lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) nos anos 1960 foi capaz de tirar a homossexualidade do rol de doenças do DSM III; e a atual relação econômica da indústria farmacêutica com os responsáveis pelos manuais psiquiátricos são elementos conjunturais e históricos que determinam as construções científicas deste momento histórico. Os sistemas de classificações de doenças, os instrumentos e as técnicas de tratamentos são, do mesmo modo, construções históricas que respondem às demandas de uma época. Se antes os profissionais lançavam mão do eletrochoque, da camisa de força e da lobotomia, atualmente, nos manicômios judiciários, imperam a medicalização, as celas e as algemas. Nesse capítulo, apresentamos ainda o tema da periculosidade e como ela vem cumprindo um papel fundamental na manutenção das pessoas com transtornos mentais encarceradas nos manicômios judiciários. Nossa pesquisa revela, tanto a revisão de literatura quanto o estudo de caso, que a periculosidade habita muito mais o Estado do que o louco-criminoso.

Ao longo do texto, incluímos obras de pintores que passaram parte da sua vida em manicômios e alguns deles tornaram-se referência na arte brasileira, como é o caso de Adelina Gomes, Arthur Bispo do Rosário e Maria do Socorro Santos. Apresentamos também uma obra do pintor holandês Vincent Van Gogh, sem dúvida, a maior expressão de um grande artista, que encontrou na pintura uma forma de expressar seu sofrimento psíquico. Além deles, demos espaço a artistas locais, como Renata Maria Polten, usuária dos serviços da RAPS, e Yuri Campagnaro, pintor curitibano. Como forma de interpretar e ilustrar acontecimentos históricos, obras de artistas reconhecidos fazem a passagem de um item a

outro, no decurso dos capítulos, como *Pinel libertando o insano* (1878), de Tony Robert-Fleury; *Café* (1935), de Cândido Portinari; *O grito* (1893), de Edvard Munch; *O louco* (1904), de Pablo Picasso, e uma série de outras. Nosso trabalho contempla ainda fotografias do CMP e uma foto de Emilio Tremolada, que virou símbolo da reforma psiquiátrica italiana.

Entendemos que uma das formas de interpretar o mundo é a partir das produções artísticas de cada época ou período histórico. A análise de obras de arte permite-nos conhecer comportamentos, desejos e elementos das subjetividades dos artistas que as produziram, possibilitando, por meio de posições individuais, adentrar em universos de cotidianos e desejos coletivos de sociedades do passado. A reprodução de cenas do dia a dia por meio das pinturas dá dimensões profundas de detalhes das vidas e de pensamentos retratados.

Pretendemos, com esse trabalho, contribuir para o fechamento definitivo dos manicômios judiciários brasileiros, por entendermos que o espaço adequado de atenção à saúde mental, de todas as pessoas, inclusive dos louco-criminosos, é a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e não essas instituições asilares, que prescindem de uma psiquiatria tradicional e biologicista, com instrumentos e técnicas controversas.



Figura 2: *Pinel libertando o insano* (1878) – Tony Robert-Fleury<sup>14</sup>  
Fonte: Viz (2012).

---

<sup>14</sup> Philippe Pinel (1745-1826) foi retratado nessa obra de Tony Robert-Fleury (1837-1912) como um verdadeiro herói, típico do período Pós-Revolução Francesa, cuja intencionalidade era reinscrever valores da era revolucionária nos contextos republicanos. O trabalho de Pinel é emblemático, pois representa uma mudança geral na questão da loucura em direção à exaltação da psiquiatria. No final do século XVIII, um número crescente de médicos europeus começou a duvidar do uso de correntes e punições físicas para manter os pacientes contidos. Pinel, com vários outros diretores de hospitais, iniciou uma política de remoção das correntes de pacientes não violentos e iniciou uma terapia chamada de “tratamento moral”, que em resumo visava o realinhamento moral dos pacientes. A obra de Tony Robert-Fleury representa Pinel libertando as correntes de uma mulher insana no asilo de Salpêtrière, em Paris, em 1795. Ela apresenta o poder libertador do médico e a dívida dos pacientes para com ele. Vemos, na imagem, um grupo dócil de pacientes e uma mulher beijando a mão de Pinel. As mulheres à direita aguardam sua esperada liberdade (Viz, 2012).

## 1. ORIGEM DOS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS

*“Penso e trago  
Contigo um soneto  
Achado alhures  
Como quem  
Perde a partida  
Para a morte,  
A poesia que não  
Trará vida ao que passou.”*  
(Loriel da Silva Santos)

Compreendemos que toda e qualquer instituição, seja ela idealizada pelo Estado ou pela sociedade civil, responde aos anseios de uma determinada época. As ideias não surgem espontaneamente na cabeça de cientistas, políticos e profissionais, mas são germinadas no mundo material, real e concreto, dando vazão a necessidades objetivas de uma ou mais classes sociais. Por isso, elucidar as características da sociedade brasileira no período de idealização e da construção dos primeiros manicômios judiciários é fundamental para compreender a quais interesses respondiam, quais discursos os justificavam, quais eram as peculiaridades da ciência da época e quais eram os instrumentos e técnicas utilizadas.

O Brasil, da transição entre o século XIX para o XX, passou por um processo semelhante ao que os europeus presenciaram cerca de 50 anos antes, quando houve um aumento significativo de pessoas que abandonaram suas vidas no campo para engordar os cinturões das periferias das grandes cidades, vendendo suas respectivas forças de trabalho para as promissoras indústrias da época. A consequência desse processo de inchaço repentino e não planejado das grandes cidades foi o aumento da pobreza, da criminalidade e dos problemas sanitários.

Hobsbawn (2002) relata que a urbanização das cidades europeias na segunda metade do século XIX veio acompanhada pelo crescimento da pobreza e dos problemas decorrentes dela. A superpopulação e os aglomerados de casas destinadas aos pobres, conhecidas como

cortiços, criaram situações propícias à proliferação de problemas sanitários e sociais. “Apesar da reforma sanitária e do pequeno planejamento que ali havia, o problema da superpopulação talvez tenha crescido neste período sem que a saúde tenha melhorado, quando não piorou decididamente” (Hobsbawn, 2002, p. 219-220).

O contexto europeu foi marcado pelo enraizamento das bases do capitalismo e por um realinhamento geopolítico mundial, momento em que as nações mais desenvolvidas da Europa firmaram um acordo de paz que desencadeou o avanço destas pelos territórios do norte da África e Ásia. A Inglaterra e a Rússia ocuparam boa parte desses territórios. “Já os franceses tiveram que limitar suas ambições expansionistas à Argélia, que eles invadiram com base em uma desculpa forjada, em 1830, e tentaram conquistar nos 17 anos seguintes” (Hobsbawn, 1962, p. 79).

Segundo Hobsbawn (1962), o início do século XIX marca o começo da era das revoluções. A Ásia passou pelo “Motim Indiano” e a “Rebelião Taiping” somente em 1850, mas a Espanha passou por insurreição em 1820, mesmo ano que Nápoles e um ano antes que a Grécia. A América Latina também assistiu a seus movimentos de independências frente às colônias Espanha e Portugal. O Brasil tornou-se independente pacificamente em 1822 e as colônias espanholas entre 1820 e 1822. Em 1830, a Bélgica tornou-se independente da Holanda e a Irlanda garantiu sua emancipação em 1829 (Hobsbawn, 1962, p. 79-80).

A onda revolucionária de 1830 foi, portanto, um acontecimento muito mais sério do que a de 1820. De fato, ela marca a derrota definitiva dos aristocratas pelo poder burguês na Europa Ocidental. A classe governante dos próximos 50 anos seria a “grande burguesia” de banqueiros, grandes industriais e, às vezes, altos funcionários civis, aceita por uma aristocracia que se apagou ou que concordou em promover políticas primordialmente burguesas, ainda não ameaçada pelo sufrágio universal, embora molestada por agitações externas causadas por negociantes insatisfeitos ou de menor importância, pela pequena burguesia e pelos primeiros movimentos trabalhistas (Hobsbawn, 1962, p. 80).

Esse foi o contexto que marcou o século XIX, um período conhecido pelas reconfigurações geográfico-políticas de boa parte dos países do mundo, em especial os europeus: êxodo rural, industrialização, urbanização e elevação da pobreza, com seus problemas decorrentes. Na França, imperava um liberalismo moderado a partir da década de 1830, ao passo que crescia um movimento socialista e proletário. Ao contrário do que ocorria na Grã-Bretanha, na França não existia movimento de massa dos trabalhadores pobres das indústrias. “Os militantes do ‘movimento da classe operária’ francesa em 1830-48 eram

fundamentalmente os ultrapassados artesãos e diaristas urbanos, a maioria em seus ofícios ou em centros de indústria doméstica” (Hobsbawn, 1962, p. 89).

O processo de industrialização brasileiro teve início de forma mais lenta, com as primeiras iniciativas surgindo na segunda metade do século XIX, quando foram inauguradas, nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, fábricas têxteis, que, posteriormente, apresentaram longevidade significativa. Em 1884, das 27 fábricas existentes no setor, dez foram criadas entre 1870-75 e correspondiam a 47% do estoque total de teares (Versiani & Versiani, 1978, p. 129).

O país contava, no período, com uma economia basicamente agrária e voltada à exportação. As primeiras iniciativas de industrialização, restritas, por enquanto, ao setor têxtil, geraram conflitos entre o setor agrário e o industrial. A disputa por incentivos e maior espaço no governo foi, gradativamente, intensificando-se. A Tarifa Alves Branco e o Decreto de 1846 beneficiaram a indústria nacional e enquanto a primeira impôs uma tarifa de importação de 30% para a maior parte dos produtos, o segundo facilitou a importação de máquinas e equipamentos, fortalecendo, assim, também o setor metalúrgico (Bocchi, 2003, p. 87).

O protecionismo aos produtos brasileiros bateu de frente com os interesses dos fazendeiros, que utilizavam o trunfo de o café ser o principal produto de exportação, o que garantia rentabilidade na balança comercial do país, como instrumento de pressão ao governo central. Por outro lado, os industriais fortaleceram-se quando, em 1880, foi fundada a Associação Industrial, no Rio de Janeiro, cuja presidência ficou sob responsabilidade do empresário do setor têxtil Antônio Felício dos Santos. O primeiro manifesto da entidade contemplava iniciativas voltadas ao desenvolvimento econômico, pautadas, obviamente, no fortalecimento das indústrias, tais quais independência econômica, qualificação da mão de obra, atração de capitais estrangeiros, geração de empregos, contraponto à economia agrária e equilíbrio na balança comercial. A resposta veio logo em seguida, quando os fazendeiros, depois de muita pressão, conquistaram um importante benefício advindo do governo, freando o desenvolvimento das indústrias nacionais. Em 1887, foi aprovada a Tarifa Belisário, que aumentou a taxa de importação sobre matérias-primas das indústrias, e diminuiu a taxa de importação sobre sacarias e sacos utilizados para embalar os produtos agrícolas, demonstrando, assim, que o setor agrário ainda tinha muita “carta na manga” (Luz, 1959, p. 35-40).

A mudança no panorama de disputas veio um ano depois, quando, em 1888, foram aprovadas três importantes leis, que deram início a uma conjuntura de distribuição igualitária de créditos entre os setores agrários, comerciais e industriais, diminuindo as tensões entre eles. A Lei Bancária e a Abolição da Escravatura fortaleceram a indústria e o comércio, enquanto o Auxílio à Lavoura, ao disponibilizar crédito barato e a longo prazo aos cafeicultores, beneficiou o setor agrário. Segundo Suzigan (1986), a soma dos três decretos mencionados deu início à gênese da indústria no Brasil, pondo fim à disputa por recursos e incentivos governamentais (Suzigan, 2000, p. 372-379).

A partir daí, assistimos a um período de crescimento abrupto das indústrias têxteis, metal-mecânicas, bebidas, alimentos, dentre outras. Essa política expansionista promoveu maior circulação de moedas e permitiu grande fluxo de importação de máquinas industriais, fortalecendo ainda mais o setor. Dessa forma, no final do século XIX e início do XX, a economia nacional estava pronta para se inserir, de fato, no sistema capitalista. A transição da escravidão para o trabalho assalariado possibilitou a entrada maciça de imigrantes, que serviram tanto às lavouras quanto às indústrias, como mão de obra. Celso Furtado (2005), um dos mais destacados economistas brasileiros do século XX, argumenta que o não planejamento da incorporação dos negros ao mercado de trabalho, somado a um intenso aumento populacional, à incorporação de imigrantes nacionais e estrangeiros às grandes cidades, à industrialização acelerada, à formação de mercado de trabalho competitivo e à modernização da estrutura urbana trouxeram significativas mudanças no estilo de vida dos brasileiros (Furtado, 2005, p. 139).

O planejamento urbano não acompanhou o ritmo de mudanças na economia, ficando aquém do necessário e causando sérias consequências à vida da população nas grandes cidades. A libertação dos negros da escravidão, o início da industrialização e o processo de urbanização no Brasil aumentaram o número de andarilhos e miseráveis. As moradias dos trabalhadores eram geralmente cortiços com pouca, ou quase nenhuma, condição de higiene. A obra *Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque*, de Sidney Chalhoub (2001), retrata bem a situação da classe trabalhadora pós-abolição. O autor argumenta que no final do século XIX, a luta pela sobrevivência em condições extremamente desfavoráveis teve sua expressão mais comum nas tensões e nos conflitos nacionais e raciais, colocando trabalhadores brancos e negros em lados opostos na disputa pelos poucos empregos existentes no período. O inchaço repentino das grandes cidades

alargou o fosso da desigualdade entre ricos e pobres, trazendo como consequência uma série de conflitos urbanos: competição entre trabalhadores pela sobrevivência; disputas entre senhorios e inquilinos nos cortiços; aumento da criminalidade; crescimento no número de subempregados e desempregados, como ambulantes, vendedores de jogo de bicho, jogadores profissionais, mendigos e biscateiros; problemas sanitários; e aumento significativo de medidas repressivas e moralistas para combater a vadiagem (Chalhoub, 2001, p. 62-63).

Cabe ressaltar que os imigrantes europeus vieram ao Brasil para assumir postos qualificados e não aqueles associados ao subemprego. Furtado (2005) relata que os trabalhadores europeus foram trazidos como uma política de estado para trabalhar principalmente nas plantações de café. Sob influência das ideias eugenistas, acreditava-se que eles eram geneticamente mais qualificados. No entanto, uma série de mecanismos de dependência do colono ao fazendeiro brasileiro desenvolveu uma espécie de escravidão disfarçada, a ponto de que a imagem do Brasil na Europa foi sendo associada a um país escravocrata mesmo depois da abolição. Tudo isso fez com que muitos imigrantes fossem abandonados à própria sorte, sem empregos e condições mínimas de subsistência. Assim que a vadiagem passou a ser tema de preocupação por parte da elite, sentindo-se ameaçada com o crescimento da criminalidade, novas medidas repressivas passaram a ser apresentadas como solução para o problema (Furtado, 2005).

Wanderbroock & Boarini (2008) relatam que o crescimento das mazelas sociais serviu de argumento para uma espécie de seleção de imigrantes moralmente indesejáveis. A Liga Brasileira de Higiene Mental, criada no início do século XX, chegou a defender que o país de origem do imigrante deveria comprovar que ele tinha bom procedimento moral e civil, não tenha sido condenado por homicídio, furto, roubo, bancarrota, contrabando, falsidade, moeda falsa, lenocínio ou estelionato. Dessa forma, acreditava evitar a desordem social e o “rebaixamento da raça brasileira”.

Esse foi o contexto propício para aprovação de medidas que reprimissem os que estavam à margem do sistema, como negros, pessoas em situação de rua, imigrantes, desempregados e prostitutas – normalmente pobres. Ironicamente, os problemas sociais que penalizam, sobretudo, os mais pobres, servem, muitas vezes, como álibi para leis que criminalizam a pobreza. Sob a justificativa de proteger a sociedade dos que “ameaçam a coesão social”, a elite utilizou-se de todos os instrumentos possíveis, inclusive da política,

para manter seus privilégios e culpabilizar individualmente os pobres – os que mais sofrem em tempos de conturbação social.



Figura 3: *Café* (1935) – Cândido Portinari<sup>15</sup>  
Fonte: ArtnaRede (2016).

## 1.1 CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA

Logo após a aprovação da Lei Áurea, em 1888, um projeto de “repressão à ociosidade” passou a ser apreciado pela Câmara dos Deputados. A discussão foi marcada pelos temores que o fim da escravidão poderia gerar ao mundo do trabalho e a uma suposta ameaça ao direito de propriedade. A utilidade do projeto foi aprovada por unanimidade, ovacionado por muitos deputados como “de salvação pública para o Império do Brasil”. Na mesma época, um grupo de deputados identificados com os interesses das “classes dos lavradores” interpelaram o ministro da justiça para que o governo tomasse medidas eficazes para defender a propriedade e a segurança individual dos cidadãos. Os deputados

---

<sup>15</sup> Cândido Portinari (1903-1962) é conhecido por representar a situação do trabalhador brasileiro da década de 1930, período de industrialização e urbanização intensa no país.

argumentavam que havia uma séria de ameaças advinda das “ordas” de libertos que vagavam pelas estradas “a furtar e rapinar” (Chalhoub, 2001, p. 66-67).

Reprimir a ociosidade, objetivo do projeto supracitado, é, na prática, reprimir os desempregados ou subempregados que, diante da falta de emprego, passaram a ficar “ociosos”. Não é de se admirar que o projeto tenha sido ovacionado entre os deputados, tendo em vista que, historicamente, a política é restrita para poucos, tradicionalmente dos mais ricos. Em vez de compreender o fenômeno do desemprego como resultado das contradições sociais, a lógica liberal atribui exclusivamente ao indivíduo a responsabilidade pela totalidade. Desse modo, a criminalidade passa a ser encarada não como resultado da desigualdade, mas, sim, como fruto das mentes criminosas dos “maus elementos”, “vadios” e “loucos”.

Em São Paulo, do mesmo modo que ocorria no Rio de Janeiro, o aumento da criminalidade, decorrente da aceleração da urbanização e industrialização, serviu de justificativa para que vingasse uma série de medidas moralizantes e repressivas. Fausto (1984), em *Crime e cotidiano: a criminalidade em São Paulo, 1880-1924*, aponta que medidas moralizantes e repressivas passaram a ser aprovadas depois de campanhas organizadas pela sociedade civil e pela imprensa. Em 1893, o jornal *O Estado de S. Paulo* noticiou que bordéis seriam antros de jogos e roubos. Em 1896, três anos após a publicação da notícia, foi aprovado o “Regulamento provisório da polícia de costumes”. No mesmo período, crescem as campanhas contra os menores arruaceiros ou abandonados, resultando na criação do Instituto Disciplinar em 1902. As primeiras prisões de líderes do movimento operário datam de 1894, o que demonstra que a repressão era destinada aos pobres e aos que incitavam a resistência (Fausto, 1984, p. 11).

O aumento populacional, sem planejamento, trouxe consequências tanto ao Rio de Janeiro quanto a São Paulo. Nas duas cidades, verificamos o fechamento do ciclo: industrialização, organização, criminalidade e medidas repressivas. Em São Paulo, a vadiagem também foi atribuída ao nascente movimento operário, considerando que suas atividades feriam o “Regulamento provisório da polícia de costumes”, de 1896. Dessa forma, os que resistiam à exploração sistêmica eram, igualmente, taxados como arruaceiros e vadios, destinados à marginalidade com os demais setores excluídos dos benefícios da sociedade.

Nessa época, São Paulo estava longe de ser a maior metrópole do país, era menor que Recife, Salvador e Belém. Ainda assim, os problemas decorrentes do crescimento vertiginoso da população, associado à industrialização, à imigração e à incorporação da mão de obra

escrava no mercado de trabalho trouxeram junto o aumento da pobreza, da criminalidade e dos problemas sanitários. A elite paulistana, do mesmo modo que ocorreu no Rio de Janeiro, salvaguardadas as especificidades, não hesitou em lançar mão de medidas repressivas e moralistas, atribuindo, desse modo, a culpa pelos problemas sociais aos pobres, imigrantes, negros e trabalhadores.

A principal preocupação da elite paulistana, no final do século XIX, foi com o crescimento da mendicância ao influxo de estrangeiros. Se no Rio de Janeiro o desemprego estava associado ao fim da escravidão, tendo como sujeitos, portanto, principalmente os negros, em São Paulo, a ociosidade e a vadiagem eram atribuídas também aos negros libertos, mas, sobretudo, ao crescimento populacional decorrente da imigração, ou seja, do aumento de estrangeiros na capital paulista.

Fausto (1984) argumenta que a década de 1890 a 1900 foi caracterizada pelo crescimento populacional, tendo como consequência o surgimento de novos problemas sociais e a intensificação de outros existentes. O propósito de controlar e classificar ligado ao objetivo das elites de instituir uma ordem urbana ganha coloração na elaboração de estatísticas criminais e na realização de censos urbanos, instrumentos que, posteriormente, fundamentaram a aprovação de medidas de controle das prostitutas, menores vadios, estrangeiros e organizadores do movimento operário (Fausto, 1984).

A criminalização dos pobres e marginalizados em geral foi a saída encontrada para explicar e conter as questões sociais decorrentes do intenso processo de industrialização e urbanização da organização capitalista. É nesse contexto que a teoria eugênica encaixa-se perfeitamente nas demandas da época. Os psiquiatras do período buscaram em Francis Galton (1822-1911) os fundamentos necessários para atribuir aos aspectos biológicos/individuais a responsabilidade pelo aumento da pobreza, da mendicância e da criminalidade – características do processo histórico de crescimento abrupto das cidades.



Figura 4: *Retirantes* (1944) – Cândido Portinari<sup>16</sup>  
Fonte: Cultura Genial (s/d).

## 1.2 CIÊNCIA A SERVIÇO DE QUEM?

Associada à repentina mudança no contexto social, a ciência também passava por significativas transformações. O desenvolvimento das indústrias demandou dela a construção de instrumentos tecnológicos, que dessem conta da nova realidade produtiva e social. No campo da mecânica e da elétrica, presenciamos a invenção do fonógrafo, da geladeira, do telefone, do motor a gás, da locomotiva elétrica, da turbina a vapor, da energia com alta frequência, do automóvel, do raio-x e do motor a *diesel*. Nas áreas humanas, as ideias de Taylor (1856-1915) sobre administração científica irradiaram a necessidade de construção de

---

<sup>16</sup> Retrata uma família de retirantes em busca de melhores condições de vida. A criança em pé, ao lado direito, está com a barriga saliente, desproporcional ao restante do corpo, indicando que ela provavelmente é portadora de uma doença conhecida como “barriga-d’água”, muito comum em lugares com seca extrema, em que se bebe água dos açudes, que por sua vez, não é tratada. Os adultos apresentam expressões fortes, que beiram o desespero (Cultura Genial, s/d).

técnicas de medições, procedimentos e estatísticas, tanto dentro quanto fora das indústrias. Os instrumentos, inicialmente construídos para medir e classificar os trabalhadores das fábricas, foram gradativamente expandindo-se para escolas, hospitais, manicômios e políticas públicas em geral.

Na ciência da época, ganhava força a teoria de Galton, que, inspirado na teoria de seu primo, Charles Darwin, tentou aplicar os pressupostos da seleção natural aos seres humanos. Ele reuniu duas expressões gregas para cunhar o tão propagado termo “eugenia” ou “bem-nascido”. A ideia era, basicamente, identificar os melhores tipos de pessoas (da mesma forma que se fazia com cavalos, porcos, vacas ou qualquer outro animal), portadoras de características desejáveis, e estimular a sua reprodução. Ao mesmo tempo, encontrar as que representassem elementos degenerados, repudiados pela sociedade, e evitar que se reproduzissem (Black, 2003, p. 56).

Por meio de instrumentalização da biologia e da matemática, Galton (1906) acreditava que poderia identificar e controlar a hereditariedade, gerando sujeitos ideais à convivência social. Nessa perspectiva, os problemas sociais são compreendidos a partir da proliferação indesejada de pessoas que se reproduziram durante consecutivas gerações, propagando características comportamentais e mentais viciosas, criminosas e degeneradas. A personalidade humana não seria fruto da educação ou da influência do meio, mas estaria presente nos sujeitos desde o nascimento, sendo considerada, portanto, inata. Disso depende-se que a teoria galtoniana, por meio do controle reprodutivo, ou seja, a união programada de casais poderia não só explicar, mas, sobretudo, solucionar problemas sociais. O que a seleção natural levaria milênios para concretizar, programas de regulamentação do matrimônio, tendo o Estado como protagonista, poderiam melhorar significativamente, em poucas gerações, as características da população (Galton, 1906, p. 3).

A teoria de Galton teve relevância significativa nas explicações sobre a desigualdade social. À medida que ela passou a ser respondida pela genética, os esforços governamentais poderiam ser focalizados na contenção e no controle dos ditos degenerados, atendendo, assim, aos interesses da elite, que se sentia ameaçada com o aumento de andarilhos, loucos e pobres espalhados pelas grandes cidades. A explicação para o aumento da criminalidade não estaria na desigualdade econômica, tampouco na industrialização ou na urbanização, mas, sim, na hereditariedade – eximindo, dessa forma, a responsabilidade da elite, que não abria mão de seus interesses em nome da coletividade.

As explicações eugênicas, como não poderiam deixar de ser, encontraram terreno fértil nas intervenções políticas. Segundo Hobsbawm (2008), a humanidade foi dividida segundo a “raça”, ideia que penetrou na ideologia do período quase tão profundamente como a de “progresso”. Caberia às nações ricas levar o progresso, o desenvolvimento e os genes europeus aos povos nativos. A humanidade estava cada vez mais dividida entre a classe média-alta, considerada talentosa e promissora, e as massas indolentes, condenadas à inferioridade devido às suas deficiências genéticas. “Apelava-se à biologia para explicar a desigualdade, em particular aqueles que se sentiam destinados à superioridade” (Hobsbawm, 2008, p. 34).

No Brasil, a eugenia passa a ocupar lugar de destaque no meio científico e político, principalmente, a partir das intervenções da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), criada no início do século XX por médicos psiquiatras, tendo como finalidade a promoção de ações preventivas e terapêuticas e a criação de “bons hábitos mentais”, com vistas a aperfeiçoar a adaptação social. A LBHM serviu, por muitos anos, como um polo de articulação e fortalecimento da influência política dos psiquiatras. Apresentando propostas, realizando pesquisas e intervenções sociais, os membros dirigentes da LBHM pretendiam recuperar as populações, do ponto de vista mental e moral, e promover o aperfeiçoamento biológico e psicológico. Para atingir às finalidades, promoveram campanhas contrárias ao alcoolismo, ao controle da reprodução humana e da imigração estrangeira, de higiene mental na escola e de educação sexual, tudo em busca do ser humano ideal (Costa, 2007).

À medida que médicos ganharam terreno na área social, eles, vistos como defensores de uma nação poderosa e tendo a higiene mental e a eugenia como mediadoras desse fim, resguardadas as divergências entre eles, vislumbraram solucionar os problemas sociais da época. Fundamentada no discurso biologicista com foco na hereditariedade, os eugenistas tinham o propósito de “aperfeiçoar a raça”, a partir do controle e da intervenção racional, valorizando o purismo das ditas raças nobres em detrimento daquelas que eram consideradas inferiores (Boarini, 2007).

É importante ressaltar que a LBHM recebeu influência da eugenia, mas seu principal constructo teórico-ideológico vincula-se diretamente ao “higienismo mental”, constando, inclusive, no próprio nome da Liga. Por mais que recorrentemente as duas perspectivas sejam tratadas como complementares, elas têm origens e concepções distintas. Enquanto a eugenia pressupõe a genética como balizadora das características humanas, o higienismo mental busca

prevenir doenças mentais ao divulgar formas de comportamentos idealizados que, em tese, evitariam a propagação e o surgimento de novas doenças psicológicas (Boarini, 2011).

O higienismo mental tem sua origem associada ao sanitarismo. Enquanto a primeira refere-se a questões de ordem comportamentais que evitariam a manifestação de “doenças mentais”, a segunda visa um conjunto de condições e hábitos de limpeza, evitando a propagação de micro-organismos (bactérias, fungos, protozoários e vírus), prevenindo, assim, o surgimento de doenças<sup>17</sup>.

A concepção de que determinados hábitos poderiam prevenir doenças foi incorporada por estudiosos da psiquiatria, sob influência de Clifford Beers (1876-1943) – um paciente de manicômio que denunciou abusos sofridos durante sua internação. Ao sair, Beers passou a atuar politicamente contra maus-tratos dentro das instituições psiquiátricas, sendo fundador do Comitê para Higiene Mental nos Estados Unidos da América, cujo objetivo era promover campanhas para melhoria dos estabelecimentos de assistência psiquiátrica (Boarini, 2012).

Nota-se que, inicialmente, a tese repousada sobre a higiene mental assumiu propósito de defesa das condições dos usuários no interior dos manicômios. No entanto, os pressupostos da higiene mental foram sendo, gradativamente, expandidos, atingindo as escolas, as fábricas e a sociedade em geral. De uma simples defesa de condições mínimas em hospitais psiquiátricos, a higiene mental, associada à eugenia, passou a servir de fundamento a tentativas de padronizar comportamentos e marginalizar os ditos degenerados.

A LBHM, influenciada por concepções eugênicas e higienistas, extrapolou, sem dúvidas, o âmbito científico e penetrou seu pensamento nas escolas, nas fábricas e principalmente na política. A partir de sua presença, uma série de medidas foi tomada e instituições foram criadas. A crença de que as doenças mentais tinham componentes genéticos e, ainda, que tendiam a piorar à medida que eram transmitidas às próximas gerações, estimulou políticas sociais como esterilização e eutanásia de indivíduos classificados como “degenerados”. A própria criação dos manicômios judiciais teve, em parte, influência das

---

<sup>17</sup> A descoberta de que a higiene poderia evitar doenças foi um grande avanço na ciência médica, pois além de curar doenças, a medicina passou a se ocupar também da prevenção delas. Por mais que a higiene tenha sido incorporada à medicina, a principal referência, nos primórdios, é a enfermeira chamada Florence Nightingale (1820-1910). Ela é reconhecida como uma das pioneiras na associação entre “higiene” e “doenças”, sendo fundadora da primeira Escola de Enfermagem da Inglaterra. Em 1859, escreveu o livro *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*, diante das suas observações durante a Guerra da Crimeia, publicou também *Notas sobre questões que afetam a saúde, eficiência e administração hospitalar do exército britânico*, logo que retornou da guerra, em 1858. Nightingale foi voluntária pela Inglaterra na Guerra da Crimeia, que durou de 1853 a 1856 e envolveu o Império Russo e uma coligação entre França, Inglaterra, Império Otomano (atual Turquia) e Império da Sardenha. A coligação visava reagir à expansão russa (Formiga & Germano, 2005).

concepções eugênica e higienista, que vigorava na ciência da época, cujas explicações para os problemas sociais centravam-se, sobretudo, em questões biológicas.

Podemos caracterizar o movimento higienista como um dos mais ambiciosos projetos de intervenção social do final do século XIX e início do XX. Sob a realidade da alta incidência de doenças contagiosas, ausência de água potável, precária infraestrutura e poucos recursos farmacológicos, a LBHM vislumbrou auspiciosamente a criação de hábitos em todas as esferas da vida. Do cuidado sanitário avançaram para a interferência na educação, no espaço íntimo familiar, no zelo com a vestimenta, na lactação, no controle da prole, no papel social da mulher, nos vícios em geral e numa infinidade de outras práticas sociais.

Os documentos e artigos publicados em veículos oficiais da LBHM comprovam os fundamentos eugenista e higienista da psiquiatria da época, sempre respaldados em concepções até então modernas de ciência, demonstrando o quanto a presença de degenerados (ora os imigrantes, ora os negros e ora os loucos) poderia prejudicar o desenvolvimento da nação. Sob o critério eugênico, haveria o risco de miscigenação entre eles e os membros de famílias tradicionais, transmitindo às próximas gerações as características típicas da degeneração. Sob a justificativa higienista, seus hábitos condenáveis poderiam ser disseminados aos demais integrantes da sociedade.

Em 1925, o então membro da “Seção de serviços sociais e legislação da LBHM”, Dr. Álvaro Cardoso, argumenta que somente em 1916 o Brasil começou a prover medidas para defender o país contra os denominados “indesejáveis, impedindo assim que o território nacional se tornasse o *refugium peccatorum* dessa classe de gente” (Cardoso, 1925, p. 141). Nota-se a nítida tendência higienista do autor, em que os legisladores deveriam impedir a entrada de imigrantes moralmente indesejáveis. Ele propõe que o estrangeiro candidato a ingresso no Brasil deveria comprovar seu “bom procedimento moral e civil; não estar processado nem pronunciado, nem condenado pelos crimes de homicídio, furto, roubo, bancarrota, contrabando, falsidade, moeda falsa, lenocínio ou estelionato; não sofrer de moléstia infectocontagiosa” (Cardoso, 1925, p. 141-142).

De acordo com a proposta de Cardoso (1925), higienista e eugenista convicto, o imigrante candidato a ingressar no país deveria passar por uma espécie de julgamento moral, em que, para ser aprovado, teria que comprovar seu bom comportamento. Caso fosse verificada em seu histórico alguma prática indesejável, como homicídio, furto, roubo, contrabando, etc., sua entrada seria impedida. Chama a atenção a inclusão, por parte de

Cardoso, dentre as características condenáveis, “não sofrer de moléstia infectocontagiosa”, visto não se tratar de um comportamento como as demais e, sim, de uma peculiaridade orgânica, o que demonstra que, naquela época, não havia distinção muito explícita do que era orgânico e o que era social. O eugenismo considerava os problemas sociais como decorrentes das questões genéticas.

O artigo de Cardoso foi publicado na primeira edição dos Archivos da Liga Brasileira de Hygiene Mental (LBHM), que vigorou como uma revista científica e política, cuja principal finalidade era divulgar os princípios e as propostas dos higienistas, relacionados à educação, a doenças mentais, à sexualidade, aos vícios, à imigração e a outros temas pertinentes à higiene mental. O fato de o artigo ter sido publicado nos Archivos da LBHM é de extrema relevância, pois demonstra não só a opinião do autor, mas a linha editorial da revista e o pensamento hegemônico dos integrantes da Liga.

A linha da revista fica mais nítida quando analisamos o artigo *Contra o alcoolismo: em favor da hígidez mental*, sem autoria delimitada, assinado como editorial e publicado igualmente na primeira edição dos Archivos da LBHM. Como o próprio título revela, o objetivo é combater o alcoolismo, considerado uma “doença moral e seu remédio está na educação; o alcoolismo é uma doença moral e seu remédio está na ordem” (Liga Brasileira de Hygiene Mental, 1925, p. 151).

Considerar o alcoolismo como uma doença moral e não como biológica<sup>18</sup>, transmitida entre as gerações, demonstra que mesmo na coesão, havia divergências na forma de explicar os acontecimentos sociais entre os integrantes da LBHM. A interpretação dos fenômenos dava-se ora pela biologia (eugenia) e ora pela moral (higiene mental). A unidade entre eles parece ser nas propostas de intervenções. A contenção, o controle e o impedimento de manifestação das características degeneradas era, sem dúvida, a grande preocupação dos integrantes da LBHM.

E assim seguem os artigos científicos e políticos nas edições subsequentes dos Archivos da LBHM, abordando temas sobre educação, controle da reprodução humana, imigração, educação sexual, aperfeiçoamento biológico e psicológico, sempre sob o ponto de vista mental e moral. Se em alguns momentos o foco estava no controle reprodutivo, que

---

<sup>18</sup> Ainda hoje existem controvérsias sobre o uso e o abuso de álcool. Ver Cordeiro, Diehl e Laranjeira (2010), em que os autores compreendem a dependência química a partir dos aspectos orgânicos, e Silveira Filho (1995), que, ao contrário, defende uma visão holística do fenômeno e tece críticas às perspectivas biologicistas.

estimulava a geração de filhos nas raças superiores e evitava nas inferiores, em outros estava na propagação dos bons hábitos comportamentais, no zelo com a vestimenta, no papel social da mulher, nos vícios em geral, entre outros.

Costa (2007) relata que a LBHM passou por uma expressiva reformulação em 1928, chegando ao ponto de alterar seu estatuto. A mudança ampliou o leque de interferências da psiquiatria, atingindo, a partir de então, os meios escolares, profissional e social. A transformação visava descolá-la progressivamente das práticas tradicionais, expandindo-a para o domínio cultural. Segundo o autor, “a eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da psiquiatria e abranger, desta maneira, o terreno social” (Costa, 2007, p. 47).

O estatuto da LBHM, realmente, comprova essa considerável alteração ao ampliar as fronteiras psiquiátricas a áreas, até então, inexploradas pelas ciências médicas. De acordo com o documento, o objetivo da entidade está relacionado a:

- a) Prevenção das doenças nervosas e mentais pela observância dos princípios da higiene geral e especial do sistema nervoso;
- b) *Proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação;*
- c) *Melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles;*
- d) Realização de um programa de Higiene Mental e de Eugénica no domínio das atividades individual, escolar, profissional e social (Liga Brasileira de Higiene Mental, 1929, p. 39 – *grifos nossos*).

A LBHM deveria, segundo seu próprio estatuto, realizar um programa de higiene mental e eugênico também no âmbito escolar, profissional e social, além, lógico, do plano individual. No entanto, é importante destacar que ela não defendeu o encarceramento por tempo indefinido, como ocorre atualmente. Ao contrário, conforme o item “b” do estatuto supracitado, ela teve por objetivo a “proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação”. E, ainda, considerava a possibilidade de assistir aos “doentes nervosos e mentais” fora de instituições asilares, conforme o item “c”.

A partir dessa reformulação estatutária, percebemos o quanto as considerações médicas avançaram da prática tradicional para uma ação no domínio cultural. As explicações sobre o crime ganharam novos contornos e a psiquiatria passou a ocupar cada vez mais um lugar de destaque. O desenvolvimento de teorias sobre os comportamentos criminosos,

baseadas em perspectivas biologicistas, vão sucessivamente sendo incorporadas em leis, decretos e instituições.



Figura 5: *Barco 2* – Arthur Bispo do Rosário<sup>19</sup>  
Fonte: Revista Planeta (2011).

---

<sup>19</sup> A matéria-prima que Arthur Bispo do Rosário (1909-1989) usava para fazer suas obras era o lixo do Hospício Juliano Moreira, Rio de Janeiro, onde ficou internado por mais de 50 anos, desde 1938. Durante esse período, fez arte com tudo que encontrava pela frente: cabos de vassouras, talheres, canecas, tênis, galochas, papel, jornais, plástico, fios das roupas dos internos (Revista Planeta, 2011).

### 1.3 LOUCO-CRIMINOSO: UM PROBLEMA A SER CONTIDO

Nesse período, as prisões ganharam legitimidade social e passaram a qualificar o preso segundo categorias: contraventores, menores, processados, loucos e mulheres. Se antes eram depósitos de pessoas, sem qualquer distinção, com o aumento da criminalidade, elas passaram a classificar os acusados de acordo com o tipo de infração e características pessoais. Foi nesse momento da história que os manicômios judiciários passaram a ser demandas sociais para, logo em seguida, tornarem-se realidade.

As tensões sociais oriundas da reorganização produtiva, do crescimento das cidades e do aumento da criminalidade serviram como pano de fundo para a construção dos primeiros manicômios judiciários. Um novo estilo de vida, uma nova cultura, com novas demandas sociais, requereram novas leis e instituições. Foi um momento de disputas políticas, reviravoltas científicas e desenvolvimento de novas concepções sociais e institucionais.

A relação entre a psiquiatria e o direito<sup>20</sup> foi ganhando contornos cada vez mais próximos. Os primeiros espaços destinados à contenção do louco-criminoso foram construídos graças a uma conjuntura de intensificação das mazelas sociais, aliada a uma pressão da imprensa e da sociedade. Some-se a isso a ampliação de produções teóricas<sup>21</sup> acerca da loucura e a articulação política dos médicos psiquiatras para que os manicômios judiciários pudessem se tornar realidade.

Antes da construção dos manicômios judiciários, os louco-criminosos eram responsabilidade da família e não do Estado. Por mais que o Art. 29 do Código Penal de 1890 já os considerasse como inimputáveis, ou seja, incapazes de responder penalmente pelos seus atos, não havia espaço específico para tratamento-isolamento, por isso eles eram entregues às respectivas famílias ou, quando a segurança dos cidadãos fosse ameaçada, internados em hospícios públicos. A decisão final, se o louco-criminoso retornaria à família ou seria

---

<sup>20</sup> Destacamos Nina Rodrigues (2011) como um dos precursores da Medicina Legal no Brasil. Em 1894, ele publicou sua primeira obra, *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil*, em que defende a necessidade de se criar um código penal para cada raça, pois segundo ele não havia sentido, dadas as circunstâncias, haver um código penal para todos. Para ele, era uma questão de reformulação do conceito de responsabilidade penal, como em suas palavras “desconhecendo a grande lei biológica que considera a evolução ontogênica simples recapitulação abreviada da evolução filogenia, o legislador brasileiro cercou a infância do indivíduo das garantias da impunidade por imaturidade mental, criando a seu benefício as regalias da raça, considerando iguais perante o código os descendentes do europeu civilizado, os filhos das tribos selvagens da América do Sul, bem como os membros das hordas africanas, sujeitos à escravidão” (Rodrigues, 2011, p. 25).

<sup>21</sup> Ver Rodrigues (1939); Peixoto (1905); Ramos (1937).

internado em hospício público, era atribuição do juiz, sem que houvesse rígida padronização nas decisões (Decreto n. 847, 1890).

Destaca-se que o Código Penal de 1890 foi o primeiro a considerar o louco-criminoso como não responsável penalmente por suas ações e, por isso, as prisões convencionais seriam inadequadas para custódia e tratamento dessa parcela da população. Contraditoriamente, com o avanço científico e institucional, a tutela foi sendo repassada ao sistema prisional, mudando não somente os responsáveis, mas principalmente a lógica de atenção à saúde mental, que depois dos primeiros decretos e leis relacionados aos manicômios judiciários, assumiu um caráter excludente e violador.

Ainda antes da construção dos primeiros manicômios judiciários, por mais que o Código Penal de 1890 assegurasse o cuidado do louco-criminoso à família, as tensões sociais e as perspectivas científicas vão, progressivamente, apontando o caminho contrário. Diante de crimes cada vez mais bárbaros, foram crescendo, em várias esferas do judiciário, os apelos sociais para que o Estado exercesse seu papel punitivo e repressor.

Carrara (2010) argumenta que três fatos envolvendo louco-criminosos chamaram a atenção da imprensa e da sociedade, a ponto de, somados às tensões sociais decorrentes da industrialização e da urbanização, impulsionarem a criação do primeiro manicômio judiciário. Foram crimes que galgaram grande repercussão à época e legitimaram o discurso punitivo, a fim de proteger a sociedade daqueles que eram considerados imprevisíveis.

1. Em 1896, um jovem com diagnóstico de “degenerado”, chamado de Custódio, é acusado de assassinar um importante comendador da época.
2. Em 1919, um taquígrafo do senado, também considerado “degenerado”, confessa ter assassinado D. Clarice Índio do Brasil, esposa de um senador e figura conhecida na alta sociedade carioca.
3. Em 1920, ocorre uma rebelião na Seção Lombroso do Hospício Nacional, na qual estariam internados 41 louco-criminosos.

Esses três fatos acenderam, segundo Carrara, o estopim pela escalada de notas e manifestações, dentro e fora dos bastidores da política, com o objetivo de sensibilizar o poder público para a construção de instituições específicas destinadas aos louco-criminosos. O primeiro deles, ocorrido em 1896, envolveu a morte do Comendador Belarmino<sup>22</sup>. O autor do

---

<sup>22</sup> Belarmino era preceptor de Custódio desde a morte de seu pai, com quem mantinha um forte vínculo de amizade.

assassinato – Custódio – alegou que “matara Belarmino porque ele o acusava de ser louco e ameaçava interná-lo no Hospício Nacional” (Carrara, 2010, p. 25).

Custódio não queria ser classificado como louco e, por conseguinte, inimputável. Ele queria ser considerado como autor do assassinato em plena consciência dos seus atos. Depois de matar Belarmino, ele fugiu do hospício e apresentou-se à polícia, exigindo que fosse respeitado o seu direito de ser julgado pelo crime que havia cometido. Ele foi reconduzido ao hospício e, embora não tenha sido avaliado como doente, recebeu diagnóstico de “degenerado”, sendo responsável por suas ações e portador de um “defeito constitucional que o predisponha ao crime” (Carrara, 2010).

A justificativa de que Custódio era portador de um “defeito constitucional que o predisponha ao crime” demonstra o fundamento eugênico da ciência psiquiátrica. Casos como esse, em que pacientes recebem rotulações de “degenerados” ou “criminosos natos”, vão se tornando cada vez mais comuns à época. As explicações biodeterministas vão ganhando terreno à medida que a psiquiatria começa a ser reconhecida na contenção e repressão dos transgressores.

O caso demandou do poder público alguma iniciativa na construção de unidades destinadas aos louco-criminosos. Em 1903, é promulgado o Decreto nº 1132, que previu a construção de manicômios judiciários por parte dos estados e, enquanto tais estabelecimentos não fossem erguidos, os “degenerados” deveriam ser colocados em anexos especiais nos asilos públicos” (Decreto nº 1132, 1903). No entanto, o primeiro manicômio judiciário foi construído apenas em 1921. Durante esse período, o Hospício Nacional instituiu a Seção Lombroso para recolher os degenerados – uma homenagem ao psiquiatra e antropólogo criminal italiano Cesare Lombroso (1835-1909).

Lembramos que no final do século XIX, Lombroso afirmava que alguns indivíduos seriam “criminosos natos”, que nasceriam com uma marcada “tendência para o mal”. Sua escola aplicava técnicas de antropometria para prever a criminalidade. O objetivo era classificar os criminosos segundo suas características físicas (Molina & Gomes, 2006, p. 148).

O assassinato de Berlamino, aliado às tensões sociais do início do século XX, sensibilizou a sociedade e o poder público, tanto que o Decreto de 1903 previa a construção de instituições específicas para os louco-criminosos. Porém, a existência do Decreto não foi suficiente para que elas saíssem do papel e os manicômios judiciários começaram a ser construídos somente 18 anos depois.

A possibilidade de absolver o taquígrafo, depois do assassinato da esposa do senador, fez com que a imprensa se engajasse na pressão pela construção de unidades específicas aos degenerados. Não foi a necessidade de tratamento dos ditos doentes mentais, mas, sim, a demanda por instituições capazes de contê-los, ou seja, o que estava em jogo, na realidade, era a proteção da sociedade e não a saúde dos internos.

O último fato apontado por Carrara, que justificou a construção da primeira instituição específica aos louco-criminosos, não esteve ligado diretamente a um assassinato de pessoas influentes, conforme os dois anteriores, mas escancarou a periculosidade em mantê-los em hospícios comuns. Os internos conseguiram fugir depois de agredir os funcionários e atear fogo nos colchões da Seção Lombroso, do Hospício Nacional. Depois dessa rebelião, psiquiatras, magistrados, imprensa e sociedade em geral pressionaram ainda mais o Distrito Federal pela criação de um local exclusivo e seguro para abrigar os louco-criminosos (Carrara, 1998, p. 193).

A conjuntura de aumento da criminalidade, aliada aos três fatos apontados por Carrara, fez com que crescesse a pressão da imprensa e da sociedade. O Decreto de 1903, que previa a construção dos manicômios judiciários, após 18 anos, finalmente saiu do papel e tornou-se realidade. A primeira unidade foi consolidada na então capital federal, Rio de Janeiro, em 1921.

Está nítido, nesses três fatos apresentados, que o primeiro manicômio judiciário não foi edificado por um caráter terapêutico ou humanitário<sup>23</sup>, mas, sim, pela necessidade de tornar a repressão mais eficaz. O objetivo era coibir com maestria a imprevisibilidade dos “criminosos natos” ou “degenerados”, que não poderiam viver em sociedade. Se hoje consideramos, ao menos na letra da lei, que o manicômio judiciário é um estabelecimento de saúde e não de sujeição, encontramos o viés contrário convivendo cotidianamente com essa instituição desde a sua pedra fundamental – há 96 anos.

Quando finalmente inaugurada, a partir do Decreto nº 14.831, de 25 de maio de 1921, a primeira instituição destinada exclusivamente aos louco-criminosos ficou sob responsabilidade de Heitor Pereira Carrilho, chefe da Seção Lombroso do Hospício Nacional e um importante psiquiatra defensor da construção da instituição. Ele foi (é) um dos grandes

---

<sup>23</sup> No capítulo 4 demonstramos a localização dos manicômios judiciários no âmbito da economia mundial, que implicou na reestruturação das funções do Estado e na possibilidade de construção de instituições de caráter terapêutico. Isso não descarta a ênfase na repressão, presente desde os primórdios dos manicômios judiciários.

nomes da psiquiatria brasileira, tanto pela sua intervenção política e administrativa quanto pelas pesquisas e publicação de artigos e livros.

Carrilho figurou entre os psiquiatras mais renomados da primeira metade do século XX, principalmente quando o assunto era medicina legal. Teve um papel ativo nas discussões e publicações dos Archivos da Liga Brasileira de Hygiene Mental, participando inicialmente da “seção de medicina legal e prevenção da delinquência” (1925 a 1929) e posteriormente incorporando o conselho executivo da entidade (1930 a 1947), sendo mais de 20 anos dedicados à construção e à propagação das ideias da LBHM.

Delgado (1992) destaca a figura de Heitor Carrilho como um dos principais idealizadores dos Manicômios Judiciários no Brasil, tanto acadêmica como politicamente. Devido à sua importância, em 1919, foi nomeado encarregado do setor de alienados delinquentes do Hospital Nacional, adaptando os ensinamentos da psiquiatria clínica à medicina legal, e, posteriormente, depois da inauguração, diretor-geral do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (Delgado, 1992, p. 65).

Carrilho é, sem dúvida, um importante cientista, psiquiatra e militante da medicina social das primeiras décadas do século passado. Seu prestígio disseminou práticas da medicina para além das instituições específicas da psiquiatria. Ele ultrapassou os muros dos manicômios judiciários e expandiu os conhecimentos da psiquiatria para as prisões convencionais. De acordo com seu artigo publicado no periódico Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, em 1931, “o médico das prisões é quem pode surpreender a alienação mental que passou despercebida aos magistrados e poderá, assim, evitar que o doente mental seja condenado, em vez de receber uma sentença terapêutica” (Carrilho, 1931, p. 8).

Segundo o autor, caberia aos médicos lotados nas prisões convencionais, e não somente nos manicômios judiciários, interferir na magistratura no que diz respeito à alienação mental, evitando, assim, a condenação dos doentes mentais. Carrilho atribui o protagonismo nas decisões judiciais à medicina, uma vez que os profissionais da área são os habilitados para avaliar a presença ou não de traços psiquiátricos nos condenados.

A crença de que a psiquiatria poderia abarcar com maestria espaços significativos no judiciário era evidente. Para ele, os médicos das prisões deveriam atuar não somente a partir da medicina clínica, com foco na saúde física dos presos, mas deveriam também se utilizar dos saberes da psiquiatria, a fim de ampliar seus leques de atuações para:

1º, o estudo antro-psicológico dos delinquentes, para a verificação de suas diferentes taras, de sua constituição, do seu temperamento, do seu caráter e, conseqüentemente, para saber em que medida essas condições psico-biológicas influíram na determinação do delito; 2º, *fixar o prognóstico correccional, o diagnostico moral e a temibilidade* desses transviados das normas sociais, consoante às indicações dos exames realizados, para os efeitos da terapêutica a empregar, inclusive para a individualização do trabalho que resultará das provas de orientação profissional (Carrilho, 1931, p. 6 – *grifos nossos*).

Carrilho era crítico da medicina clínica tradicional das penitenciárias e ferrenho defensor de uma psiquiatria engajada nas questões técnicas e jurídicas. Ao médico, segundo ele, por ser habilitado para tal, compete à participação ativa nas decisões judiciais, fixando o que chamou de “prognóstico correccional, diagnostico moral e temibilidade”, ou seja, utilizar os conhecimentos da medicina tanto para diagnosticar a moral do sujeito quanto para verificar se ele tem condições de viver novamente em sociedade.

Nota-se que o fundamento que atribui à medicina a capacidade de realizar “diagnósticos morais e prognóstico correccionais” está diretamente relacionado às questões biológicas. O orgânico faz-se presente quando Carrilho defende, como primeira tarefa dos médicos das penitenciárias, o diagnóstico das “taras, constituição, temperamento e caráter”, com vistas a saber em que medida “essas condições psico-biológicas” influenciaram na determinação do delito. Apoiado no ideário eugênico, ele afirma que características humanas de caráter e temperamento têm, na realidade, origens psico-biológicas, fortalecendo o argumento de que caberia ao médico a apuração de tais condições.

A proposta de Carrilho para as penitenciárias contemplou, conforme dito acima, estabelecer a “temibilidade” daqueles que transgrediam as normas sociais, com vistas, dentre outras coisas, à “individualização do trabalho como resultado de provas de orientação profissional”. Investigar a temibilidade significa, na psiquiatria, averiguar os traços psicológicos que tornam uma pessoa temível.

As teses de Carrilho, que ampliaram a função da medicina, colocando-a como aliada da segurança pública, ganharam respeito e notoriedade à medida que se afinaram com os elementos da conjuntura da época, em que a vadiagem, como resultado da crescente urbanização, passou a ser uma preocupação social. A influência de médicos nas decisões judiciais foi crescendo paulatinamente, justamente por responder satisfatoriamente aos problemas sociais do período, apontando explicações e soluções.

Emitimos pareceres psiquiátrico-legais em muitos casos relativos a indivíduos processados por vadiagem (art. 399 do Código Penal). A ociosidade em que vivem tais contraventores, sendo como é, muitas vezes, a expressão de anomalias mentais corrigíveis, deixaria, sem dúvida, de existir, se a *orientação e adaptação profissionais, cientificamente realizadas, sobre eles* fizessem convergir os seus benefícios, colocando-os ao abrigo de reincidências tão frequentes e *tornando-os úteis ao progresso coletivo* (Carrilho, 1931, p. 15 – grifos nossos).

A correção da vadiagem era uma das grandes questões do início do século XX e os defensores dos Manicômios Judiciários não se furtaram em tentar responder a essa demanda. A análise social convergia com as preocupações da elite e atribuía aos “vadios” o rótulo de contraventores ociosos, eximindo os elementos coletivos presentes no fenômeno da mendicância. A explicação fundamentava-se na noção de “anomalia mental corrigível” e mostrava a relevância dos elementos biológicos na ocorrência da vadiagem. A solução apresentada, conforme explicitamos anteriormente, era a construção dos manicômios judiciários.

Carrilho chegou a propor um anteprojeto de lei com vistas à criação de Institutos de Antropologia Criminais (IAC), que funcionariam anexos aos estabelecimentos penais com o objetivo de examinar todos os reclusos. Dentre uma de suas prerrogativas, tais institutos deveriam “individualizar o trabalho dos sentenciados, em face da orientação profissional (seleção psico-fisiológica e determinação das aptidões)” (Carrilho, 1931, p. 19). Ele acreditava que o trabalho das pessoas privadas de liberdade dependeria de avaliações de aptidões e que caberia aos Institutos, segundo sua proposta, a orientação profissional para encaixar os sentenciados nos postos de trabalhos, de acordo com as suas habilidades individuais.

Para ele, os Institutos teriam também uma função terapêutica, destinada aos casos “agudos, leves, de temibilidade mitigada ou transitória”, enquanto os manicômios judiciários, ao contrário, seriam responsáveis pela “sequestração dos temíveis, dos incorrigíveis, dos amorais constitucionais; fariam o papel dos antigos ‘asilos de segurança’”, tendo como função primordial a “defesa social, destinados à segregação e tratamento de incorrigíveis, de anormais e deficientes mentais de temibilidade verificada – uma espécie de transição entre a prisão e hospital” (Carrilho, 1931, p. 30).

É nítida a função segregacionista dos manicômios judiciários desde os seus primórdios. Enquanto os IAC abarcariam os presos agudos, leves e de temibilidade mitigada ou transitória, os manicômios judiciários contemplariam os temíveis, incorrigíveis e amorais

constitucionais. O objetivo, como verificamos até aqui, era, desde a origem, construir unidades de segurança destinadas aos louco-criminosos, para que a sociedade fosse protegida.

As propostas defendidas por Carrilho, como criação dos IAC e novas práticas para a medicina legal, foram formuladas quando Carrilho acumulava 10 anos de experiências à frente do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, quando ele deixava de ser apenas um partidário de teorias ou exemplos estrangeiros para se tornar o administrador de uma instituição real e concreta. Seus escritos foram baseados em pesquisas empíricas e experiências práticas. Enquanto administrador de tal instituição, Carrilho utilizou-se ao máximo de suas experiências, transformando o manicômio em um verdadeiro laboratório de pesquisa.

O periódico *Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, publicação que vigorou de 1930, semestralmente, até a década de 1960<sup>24</sup>, foi a primeira revista brasileira especializada em psiquiatria, cujo material de pesquisa era privilegiado. Os exploradores tinham a seu dispor sujeitos acusados de crimes, protagonistas de casos emblemáticos da relação entre crime e loucura. Contavam ainda com autonomia científica e uma estrutura que garantia a realização de testes e verificações (Amarante, 2004, p. 19).

As pesquisas desenvolvidas nos manicômios judiciários lançavam mão primordialmente de fundamentos biologicistas, cuja compreensão do comportamento humano era explicada a partir de aspectos orgânicos. Esse era o principal argumento de defesa da inserção da medicina na criminologia. O fato de o comportamento ser explicado pelas questões biológicas reforça e legitima a tese de que a medicina teria muito a contribuir no entendimento e na solução de crimes que envolviam pessoas com transtorno mental.

As pesquisas realizadas no interior dos manicômios judiciários, como não poderiam deixar de ser, receberam forte influência da ciência psiquiátrica da época. Seu principal idealizador e articulador (Carrilho) foi membro ativo de uma das principais entidades médicas da época, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), cujo propósito vinculava-se a realizar programas de higiene mental e eugênicos com vistas a auxiliar o poder público na resolução de problemas sociais. O desenvolvimento de teorias sobre comportamento, fundamentadas no biologicismo, estão a pleno vapor, sendo incorporadas em propostas, leis e instituições.

---

<sup>24</sup> A partir de 1954, quando faleceu Heitor Carrilho, o periódico passou a se chamar *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*.

Cabe lembrar que a Constituição de 1934 considera o exame de sanidade mental como algo relevante em diversas esferas sociais e a partir de então ele passa a ser obrigatório para ingresso no serviço público, recomendado como exame pré-nupcial e para controle de imigração (Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1934).

Os diagnósticos e prognósticos, embasados por teses eugênicas, tornam-se, assim, documentos fidedignos, como uma espécie de retrato concreto da realidade, cuja palavra do examinador adquire poder e respeito perante a magistratura. A perícia vai, pouco a pouco, perdendo seu aspecto subjetivo, transformando-se, progressivamente, em técnica das ciências médicas com características fortemente biológicas.

Carrilho (1932a) argumenta que a perícia psiquiátrica documenta, de forma incontestável, os “laços e interdependência entre juristas e psiquiatras”. Segundo o autor, ela é uma exigência dos novos rumos do direito penal, cuja finalidade vincula-se ao intuito de defesa social e segue cada vez mais sendo influenciado pelas ciências biológicas (Carrilho, 1932a, p. 14-15).

Se é verdade que certas modalidades nosológicas da psiquiatria fazem pensar, desde logo, na existência da temibilidade, não é menos certo que a temibilidade é mais uma característica de cada caso concreto. Para caracterizá-la, precisamos ter em conta: os fatores psíquicos e físicos que definem a personalidade dos delinquentes; o estudo da hereditária criminal, da predisposição individual na gênese do delito, e, particularmente, o estudo genealógico dos reincidentes. *Esse estudo poderá trazer grandes ensinamentos sobre a fatalidade biológica que os leva tão continuamente ao delito* (Carrilho, 1932a, p. 22 – grifo nosso).

A preocupação constante em descobrir a “gênese do delito”, a partir dos aspectos biológicos e hereditários, próprios do ideário da eugenia, levou a psiquiatria da época a desenvolver uma série de procedimentos diagnósticos, cujo objetivo principal estava ligado à defesa social, ou seja, proteger a sociedade da imprevisibilidade das ações dos louco-criminosos. O objetivo era descobrir, por meio de testes, até que ponto a personalidade do sujeito continha predisposição à criminalidade. Nesse sentido, os antecedentes hereditários ganharam destaque nos laudos e documentos proferidos pelos examinadores dos manicômios judiciários.

No mesmo ano em que Carrilho publicou o artigo supracitado (1932a), em que defendeu a mensuração dos aspectos biológicos para compreensão da temibilidade nos prognósticos de periculosidade, verificamos tal correspondência em laudos publicados nos periódicos *Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, demonstrando que a

eugenia, enquanto perspectiva científica, materializava-se no cotidiano dos profissionais examinadores por meio de instrumentos e técnicas utilizados na época.

O Dr. Ernani Lopes analisou F.M. da C., de 43 anos, branco, português, solteiro e fotógrafo. Segundo o laudo proferido pelo psiquiatra, o interno era portador de heredo-alcoolismo, anormal da emotividade e do caráter, o que explicaria a presença de “delírio persecutório interpretativo, discreto na sua exteriorização clínica, mas suficiente para levar a reações antissociais violentas” (Lopes, 1932, p. 84-85). A explicação para os delírios decorre, segundo o psiquiatra, de antecedentes hereditários. O pai de F.M. da C. era um “grande alcoolista, tendo estado várias vezes hidrópico, vindo, afinal, a morrer em consequência do uso da bebida” (Lopes, 1932, p. 81).

Está presente no laudo supracitado uma demonstração explícita do quanto os fundamentos eugênicos eram utilizados para explicar as ocorrências sociais. O alcoolismo era descrito apenas pelo aspecto hereditário e não eram consideradas as tensões sociais oriundas da urbanização repentina, desemprego, imigração, etc. O caráter biológico assumiu protagonismo em laudos e pareceres dos psiquiatras presentes nos manicômios judiciários.

Em outro caso analisado por Carrilho, cujo paciente era brasileiro, solteiro, de 26 anos e copeiro, o diagnóstico de perversão sexual foi relatado como um “fator constitucional, que vale por uma predisposição não específica a um fator psicogênico exterior que oriente a impulsão sexual, ainda incerta e hesitante, para um fim sexual deturpado, acabando por aí se fixar” (Carrilho, 1932b, p. 90).

Como podemos perceber, ao interno, classificado como perverso sexualmente, resta sua submissão em relação aos “fatores constitucionais”, que ganham a cena e o impelem a um “fim sexual deturpado”. O diagnóstico supracitado revela que o sujeito tem uma predisposição psicogênica que o orienta a impulsão sexual, ignorando completamente outros fatores que possam vir a corroborar com a constituição da sua sexualidade.

A conotação hereditária recebe destaque em grande parte dos laudos. No entanto, mesmo quando não há histórico de psicopatologias na família, o caráter biológico-físico não perde a importância. No caso do paciente natural do Estado de Minas Gerais, branco, brasileiro, filho de J. S. de A. B. e de Maria J. de S., com 32 anos (o laudo não conta com as iniciais do nome do paciente), Carrilho tece longas descrições sobre a aparência física do sujeito.

O paciente é um indivíduo de estatura abaixo da mediana, compleição franzina e musculatura discretamente desenvolvida, sem estigmas somáticos de degeneração impressionantes; verifica-se, entretanto, neste particular: pavilhões auriculares relativamente pequenos, leve prognatismo superior, abobada palatina um tanto funda. A fórmula dentária se acha alterada pela ausência de alguns dentes, achando-se muitos em mal estado de conservação. Seu índice cefálico permite enquadrá-lo no grupo dos subdolicocefalos. O conjunto morfológico autoriza a inclui-lo no tipo astênico, da classificação de Kretschmer (...) (Carrilho, 1932c, p. 92).

Podemos perceber, pela longa descrição física do paciente, que a morfologia, foco das ideias de Cesare Lombroso<sup>25</sup> (1835-1909), poderia explicitar elementos relevantes à compreensão da condição psiquiátrica do paciente. As explicações a partir da morfologia não são contraditórias às eugênicas. Ao contrário, elas são complementares, pois tanto os dados coletados quanto as soluções apresentadas encontram no espectro biológico o denominador comum.

Assim seguem as análises de pacientes na década de 1930. Verificamos uma supervalorização dos aspectos físicos e hereditários dos pacientes em laudos publicados nos periódicos Archivos dos Manicômios Judiciários do Rio de Janeiro de 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1937, 1938 e 1939, com destaque para o caso de Febrônio, relatado nos Archivos de 1930. Nesse caso, analisado por Carrilho, o acusado foi diagnosticado como portador de “loucura moral”, “homossexualismo com impulsões sádicas” e “delírio de imaginação de caráter místico”. Depois de uma longa explanação sobre as características físicas de Febrônio, contemplando o peso, a massa muscular, a “bacia larga” lembrando o tipo feminino (cita o psiquiatra), a largura do crânio, o tipo do nariz e a arcada dentária, e ainda um longo relato das perversidades atribuídas ao acusado, o examinador conclui que ele deve ficar “segregado *ad vitam*, para os efeitos salutare e elevados da defesa social, em estabelecimento apropriado a psicopatas delinquentes” (Carrilho, 1930, p. 100).

A defesa social a que se refere Carrilho no laudo de Febrônio é a principal preocupação presente nos laudos e documentos publicados nos Archivos da década de 1930. Quanto mais crescia a violência decorrente da urbanização e da industrialização, mais demandas por medidas eficazes e científicas batiam à porta das autoridades. Se não era possível reverter o quadro de imprevisibilidade nas ações dos louco-criminosos, que ao menos eles ficassem escondidos e distantes da vida em sociedade, sob a luz e a esperança da ciência

---

<sup>25</sup> Conforme já explicitamos, Cesare Lombroso aplicava técnicas de antropometria para prever a criminalidade, classificando os acusados segundo as características físicas. Sua mais famosa tese apresentava que o tamanho da cabeça apontaria indícios relacionados à sanidade mental (Molina & Gomes, 2006, p. 148).

vindoura que passava a pesquisar, explicar e apresentar resultados que pudessem iluminar os processos penais e as legislações posteriores.

Em artigo publicado pelo professor Roberto Lyra (1938) consta trecho da entrevista do Ministro da Justiça Sr. Francisco Campos, concedida em 15 de abril. Nela, fica nítida a preocupação dos legisladores com a defesa social, premissa incorporada pela teoria e prática de psiquiatras no interior dos manicômios judiciários.

O princípio cardinal que inspira a lei projetada, e que é aliás o princípio fundamental do moderno direito penal, é o da *defesa social*. É necessário *defender a comunhão social contra todos aqueles que se mostram perigosos à sua segurança*. O critério de imputabilidade torna-se, assim, secundário, isto é, não se indaga, para o efeito da reação social, se o indivíduo é ou não moralmente responsável por seus atos. Somente se indaga do grau dessa responsabilidade para diversificar a espécie de sanção aplicável: a pena ou a medida de segurança (manicômio, colônia agrícola, estabelecimentos de reeducação) (Lyra, 1938, p. 11 – *grifos nossos*).

Esse trecho da entrevista do ministro, citado por Lyra, demonstra a preocupação com a defesa social e não com o tipo de tratamento oferecido aos louco-criminosos. Para ele, saber se o sujeito é ou não responsável pelos seus atos é secundário, servindo apenas para diversificar a sanção aplicável. O mais importante seria garantir a “comunhão social contra todos aqueles que se mostram perigosos à sua segurança”, ou seja, proteger a sociedade contra a imprevisibilidade de atos cometidos pelos internos dos manicômios judiciários.

Delgado (1992) argumenta que atualmente a medida de segurança é regulada pelo artigo 97 do Código Penal (1940), “inicialmente, por prazo indeterminado, fixado o prazo mínimo de acordo com a natureza do delito, e só é suspensa quando fora constatada, mediante laudo psiquiátrico, a cessação da periculosidade” (Delgado, 1992, p. 9). Ela é, portanto, o dispositivo administrativo que dá consequência à constatação da periculosidade.

É a partir dessa conjuntura, cuja principal preocupação é defender a sociedade dos louco-criminosos, que os cientistas da época passaram a realizar pesquisas e apresentar propostas aos legisladores. A psiquiatria, uma ciência viva e dinâmica, que na passagem do século XX esteve à frente de importantes debates na sociedade, apresentando propostas políticas e científicas para que os crimes pudessem ser melhores compreendidos e evitados, passou a ocupar lugar de destaque nos debates e proposições legislativas.

O crescimento das tensões sociais no início do século XX – decorrente principalmente da urbanização, industrialização, liberação não planejada da mão de obra escrava, imigração e desemprego – exigiu das autoridades e da ciência explicações e soluções. Ideologicamente as

interpretações higienistas e eugênicas “caíram como uma luva” aos interesses da elite, numa tentativa de isentá-la da responsabilidade sobre os problemas sociais. A culpa recaiu, conforme vimos, nas características hereditárias e físicas dos sujeitos isolados. Talvez por isso as propostas da Liga Brasileira de Higiene Mental tenham sido muito bem aceitas e incorporadas rapidamente às legislações.

A construção do primeiro manicômio judiciário do país atendeu às expectativas “do que fazer” com os louco-criminosos. Não bastava explicar o fenômeno, era necessário apresentar soluções. Nesse sentido, as instituições específicas de contenção apresentavam-se como parte das demandas sociais, afinadas com a ciência psiquiátrica e os interesses da elite da época. O objetivo principal não era oferecer tratamento de saúde aos acusados. A preocupação presente em documentos, leis, decretos, laudos e artigos científicos vinculava-se à defesa social, ou seja, proteger a sociedade da imprevisibilidade dos louco-criminosos. Rauter (2016) defende que o objetivo dos manicômios judiciários é “neutralizar personalidades perigosas, mais do que de submetê-las a qualquer tratamento (Rauter, 2016, p. 46).

Conforme veremos no próximo capítulo, as décadas subsequentes consolidaram o caráter punitivo e isolacionista da atenção à saúde mental das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico, construindo, contraditoriamente, um fértil terreno para o desenvolvimento de movimentos sociais de defesa dos direitos dos usuários. Os avanços nas pesquisas, alinhadas à militância de profissionais de saúde, familiares e usuários foram, gradativamente, transformando-se em propostas e projetos de leis.

Atualmente, vigoram paradoxalmente modelos manicomiais e antimanicomiais de atenção à saúde mental, numa espécie de transição (esperamos) entre um método arcaico, cujo preceito fundamental é a exclusão para “proteção social da imprevisibilidade do louco”, e outro humanizado, que compreende a importância de uma Rede de Atenção Psicossocial estruturada, com vistas a garantir a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários.

Se por um lado verificamos avanços oriundos da Reforma Psiquiátrica, direcionados às pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico que acessam os equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), de outro, pouca coisa mudou para as pessoas classificadas como “doentes mentais” sob a égide do Sistema Carcerário. As pesquisas que comprovam a ineficácia de tratamentos baseados no encarceramento surtiram poucos efeitos no que diz

respeito aos manicômios judiciários, já que são quase 100 anos de histórias que se repetem no interior dessas instituições, cujo objetivo, segundo nosso entendimento, mantém-se dentro da lógica punitivista.



Figura 6: *Desesperado* (1982) – Adelino Ângelo<sup>26</sup>  
Fonte: *Mente e Cérebro* (2015).

---

<sup>26</sup> O português Adelino Ângelo (1931-) é considerado um dos maiores pintores retratistas da atualidade. Registrou em suas telas principalmente ciganos, pessoas em situação de rua e caracterizadas como doentes mentais. Seus personagens quebram paradigmas e dão vida a pessoas esquecidas e estigmatizadas (*Mente e Cérebro*, 2015).

## 2. UMA PEDRA NO CAMINHO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

*“O que te assusta no mundo do insano?  
Desce, diva, e vem testar teu humano  
Poder de prantear o que do cosmo se ia  
Para onde (?), talvez, jornada infinita  
Por mais que a flor da inconsciência me amasse  
As juras de amor eterno que ria  
Qual crianças inocentes éramos ao dia  
E dos deuses mundanos que, à noite,  
Ah! Éramos pura demência.”*  
(Loriel da Silva Santos)

Desde os primórdios, os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) vêm respondendo aos anseios sociais de contenção e punição dos que recebem diagnóstico psiquiátrico e cometem crimes. A iniciativa de arquitetar unidades específicas para esse público funcionou tão bem que, depois da primeira instituição edificada no Rio de Janeiro em 1921, elas se espalharam rapidamente pelo país. Até então, foram construídos 23 manicômios judiciários, sob a roupagem atual de Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, distribuídos por todo o território nacional, associados sempre ao sistema penitenciário e nunca ao sistema de saúde.

De acordo com levantamento realizado por Diniz, no Brasil, essas instituições contam com uma população de 3.989 internos, distribuídos sob diversos diagnósticos e crimes. Contraditoriamente, alguns manicômios judiciários foram construídos mesmo depois do advento da Reforma Psiquiátrica, o que demonstra que a lógica punitivista e segregacionista ainda tem muito fôlego. Ela permanece enraizada em práticas profissionais e no imaginário popular, dificultando a desconstrução real das instituições destinadas às pessoas com transtornos mentais vinculadas ao sistema prisional.

Apesar da resiliência, durante esses quase 100 anos de existência dos manicômios judiciários, muitas denúncias e questionamentos vieram à tona. A ciência psiquiátrica passou

por reformulações, abrindo espaço para a coabitação de novos paradigmas de atenção à saúde mental; as práticas asilares, ainda hoje utilizadas em grande escala, deixaram de ser a única forma de tratamento; e uma rede substitutiva vem sendo construída, com vistas ao respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais ou em situação de sofrimento psíquico.

Hoje, vivenciamos uma realidade híbrida, contraditória e, por que não, em franca e aguerrida disputa. Vislumbramos avanços e retrocessos nas políticas públicas, nas construções e nas desconstruções de modelos a todo instante e muitas incertezas. Ao passo que movimentos e organizações sociais imprimem legislações alternativas, pouco tempo depois, interesses privados passam a ser colocados adiante do interesse coletivo. O fato é que mesmo considerando as inovações no campo da saúde mental, os modelos e as práticas punitivistas permanecem e, longe de caírem em desuso, ganham novas roupagens e adeptos.

Os manicômios resistem ao tempo, mas não sem um profundo desgaste acadêmico e prático. Diversas foram (e são) as iniciativas de abalar as estruturas dos muros, algemas e prisões, ao longo da história da psiquiatria brasileira. O movimento da Luta Antimanicomial brasileiro, inspirado no italiano, tem sido capaz de alterar, de forma significativa, a forma de se encarar o transtorno mental e, principalmente, o modo de atendimento às pessoas que necessitam de atenção à saúde mental.



Figura 7: *A liberdade é terapêutica* (1977) – Emilio Tremolada<sup>27</sup>  
Fonte: Glossary of Common Knowledge (2015).

---

<sup>27</sup> A foto de Emilio Tremolada virou símbolo da reforma psiquiátrica italiana. O grafite foi escrito por Ugo Guarino no muro do antigo Hospital Psiquiátrico Opp di San Giovanni.

## 2.1 A EXPERIÊNCIA ITALIANA

A experiência italiana em relação às mudanças de modelo de atenção à saúde mental foi, sem dúvida, a que provocou maior impacto no Brasil, pois, além do corte radical na assistência às pessoas com transtornos mentais ou em situação de sofrimento psíquico, promoveu nova forma de conhecer as questões da psicopatologia.

Cumprir lembrar que para além das questões psiquiátricas, as décadas de 1960 e 1970 na Itália foram marcadas pela imensa efervescência sociopolítica. O fascismo havia acabado de ser derrotado na II Guerra Mundial. O país, eminentemente agrícola, passou a sofisticar o mercado e a produção industrial e com isso o jovem operariado passou a protagonizar protestos e greves, bem como a questionar instituições, como a família, a educação, as relações de trabalho, a mídia e a Igreja (Goulart, 2007, p. 49).

De 1966 a 1967, a frequência dos protestos aumentou em 17% e no ano seguinte, simplesmente dobrou. O ano de 1968 ficou conhecido como o de maior expressão do movimento estudantil. Os médicos e psiquiatras participaram ativamente de greves e manifestações públicas por melhores condições de trabalho e de assistência (Goulart, 2007, p. 49-50).

A nova situação política e econômica italiana influenciou significativamente nas críticas ao modelo segregacionista de todas as espécies, especialmente no contexto psiquiátrico. Os questionamentos ao paradigma asilar desenvolveram-se tanto na frente prática quanto na científica. Na década de 1960, em Gorizia, extremo norte da Itália, inspirado na antipsiquiatria inglesa<sup>28</sup>, Franco Basaglia começa sua trajetória teórico-prática de enfrentamento aos manicômios. No campo teórico, os pressupostos básicos acerca da loucura deixam de ser exclusividade da psiquiatria e passam a contar com formulações de outras áreas da ciência, como a sociologia e a fenomenologia existencial, por exemplo. No prático, Basaglia, logo que assume a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico, chocado com a calamitosa situação dos internos, “propôs a devolver o doente mental à sociedade desarticulando a instituição, o manicômio” (Desviat, 1999, p. 42).

Inicialmente, inspirado em Tosquelles (psicoterapia institucional) e Maxwell Jones (comunidade terapêutica), as ambições de Basaglia eram restritas a transformar o manicômio em um hospital de cura, a ser viabilizada “pela introdução de transformações no âmbito intra-

---

<sup>28</sup> Ver Cooper, D. (1989). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.

hospitalar que tornassem possível o envolvimento de todos, pacientes, médicos e pessoal, numa mesma crise e, nela, encontrar a sua base comum” (Amarante, 2006, p. 68).

Posteriormente, diante de sua tradição acadêmica, sob o prisma da fenomenologia existencial, somada ao contato com as obras de Foucault, Goffman, Gramsci e à percepção prática da necessidade de uma mudança radical, Basaglia passa a acentuar as críticas à psiquiatria tradicional, caracterizando-a como instrumento de saber e poder, de controle e segregação, enquanto ideologia a ser negada (Amarante, 2006, p. 68-69). A partir de então, suas ações passam a operar a desconstrução das técnicas e dos técnicos, no sentido de horizontalizar as relações entre os profissionais e os pacientes. Por meio das assembleias gerais, o exercício da democracia no interior do hospital passou a ser cotidiano. Elas eram abertas a todos que quisessem participar, não seguiam um roteiro rígido e o andamento dependia do próprio grupo participante.

A assembleia geral da comunidade reúne, todas as manhãs, doentes, médicos, enfermeiros e assistentes sociais na sala mais ampla do hospital: o refeitório de um dos setores. Os pacientes ajudam o enfermeiro a preparar a sala de reunião, dispondo as cadeiras em semicírculo; terminados os trabalhos, recolocam-nas em seus lugares. A assembleia é um acontecimento espontâneo, no sentido de que não há qualquer obrigatoriedade de comparecimentos, pode-se entrar e sair à vontade, e não existem listas de presença ou ausência. Aparentemente, pelo menos, não há qualquer distinção formal ou substancial entre os membros da comunidade; médicos, doentes e enfermeiras tomam o lugar na sala, confundindo-se uns com os outros [...] Presidindo a mesa revezam-se dois ou três doentes, os quais, responsabilizados pelo andamento da assembleia, relevam qualidades notáveis de prestígio, dialética e distribuição e tratamento dos assuntos (Basaglia, 1985, p. 24).

O foco das assembleias eram as relações humanas e não a doença. A hierarquia de saberes e posições sociais deixava de guiar as práticas institucionais, dando lugar a uma forma diferenciada de compreensão das relações técnico-paciente. “Ser psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, etc., ou ser internado era a mesma coisa, porque quando nós nos uníamos em assembleia para discutir, todos procuravam dar suas contribuições para a mudança” (Basaglia, 1979, p. 22).

Essas mudanças não ocorreram sem encontrar resistências. Os desafios eram imensos. Basaglia e sua equipe de jovens psiquiatras depararam-se com uma “gestão comunitária que procurava apenas humanizar o manicômio, não colocava em discussão as relações de tutela e custódia e nem questionava o fundamento de periculosidade social contida no saber psiquiátrico” (Barros, 1994, p. 59).

Em 1968, Basaglia empreendeu sua primeira iniciativa de fechamento total do manicômio, tentativa essa que foi frustrada por conta da resistência da administração local (Colucci & Vittorio, 2001). Não satisfeitos, ele e sua equipe solicitaram à administração municipal que o hospital fosse definitivamente encerrado, o que, novamente, foi negado. Ao se depararem com a rejeição do pedido, deram alta coletiva a todos os internos e demitiram-se em massa (Barros, 1994).

As ideias acerca da atenção à saúde mental encontraram ressonância também no parlamento. Em 7 de março de 1968, fora aprovada a Lei Mariotti, que preconizava a construção de “serviços de higiene mental” como alternativa aos manicômios. Por mais que esse projeto não tenha se concretizado em Gorizia, Basaglia ganhou apoio do Partido Comunista Italiano (PCI), após longo período de debate e convencimento (Goulart, 2007, p. 45).

A demissão da equipe de Basaglia teve enorme repercussão na Itália e fora dela, fato que auxiliou na disseminação das novas ideias acerca da atenção à saúde mental. Depois disso, ele teve uma rápida passagem por Nova York (EUA) e na direção do Hospital Psiquiátrico de Colorno, em Parma, quando, em 1971, Basaglia assume a responsabilidade de superar a lógica manicomial e a organização psiquiátrica, enquanto diretor do Hospital de San Giovanni, em Trieste. A província local era governada por uma comissão de centro-esquerda e deu pleno apoio ao intento de Basaglia e sua equipe (Colucci & Vittorio, 2001).

A trajetória de Basaglia confunde-se com a história do Movimento Antimanicomial e, posteriormente (1973), com a Psiquiatria Democrática Italiana. No entanto, a superação dos manicômios na Itália não foi obra de uma única pessoa, mas, sim, de uma ação coletiva, de psiquiatras, médicos, enfermeiros, estudantes, usuários dos serviços e administradores, além de forças sindicais e políticas. O movimento era heterogêneo e foi palco de um fértil terreno de pensamentos e inovações quanto ao caminho a ser seguido (Basaglia, 1985, p. 225). Ainda assim, não é possível desconsiderar o empenho pessoal e a importância de Franco Basaglia para a reforma psiquiátrica italiana. De todo o grupo, ele foi o mais radical e persistente no intento de fechamento completo dos manicômios italianos. Toda sua prática profissional girou em torno de construção de ideias e técnicas alternativas ao isolamento e à contenção dos usuários.

Além de Basaglia, o grupo de profissionais críticos (a maioria psiquiatras) contava com pessoas como Antonio Slavich, jovem psiquiatra, ex-aluno de Basaglia, que havia

estudado antropofenomenologia na Alemanha – ficou na equipe de 1962 a 1969. Dentre os mais atuantes, compôs a equipe: Agostino Pirella, Domenico Casagrande, Lucio Schittar, Giovanni Jervis e Letizia Comba – única psicóloga do grupo (Goulart, 2007, p. 38).

O movimento pela reforma psiquiátrica italiana, inicialmente integrado em sua maioria por psiquiatras e intelectuais renomados, pouco a pouco expande suas fronteiras do caráter técnico-profissional para se tornar um movimento social de esquerda, com envolvimento de usuários, familiares, sindicalistas, estudantes e militantes de partidos socialistas (Goulart, 2007, p. 41).

Em Triste, a partir de 1971, essa gama ampla de militantes do movimento antimanicomial inicia, com a equipe de Basaglia, a elaboração de um programa de profundas e enraizadas transformações. O resultado foi a construção de uma rede territorial, composta por serviços psiquiátricos 24 horas no hospital geral, cooperativas de trabalho, moradias assistidas e outros mecanismos de apoio (Passos, 2009).

O ano de 1973 também foi marcado por acontecimentos importantes rumo ao fechamento total dos manicômios. O primeiro foi a manifestação festiva organizada pelos internos, profissionais e simpatizantes, nas ruas de Triste (Passos, 2009). O segundo foi a formalização da Psiquiatria Democrática, organização que precedeu o movimento antimanicomial italiano, agora mais robusto e sólido, com diretoria eleita entre os participantes, formulações e publicações periódicas (Goulart, 2007). E o terceiro foi o reconhecimento de Triste, por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), como zona piloto para “pesquisa sobre psiquiatria” (Passos, 2009, p. 132), demonstrando que, de fato, as formulações teóricas e as práticas implementadas por Basaglia e sua equipe eram tão inovadoras quanto necessárias.

Em setembro de 1977, o manicômio de Triste foi definitivamente encerrado, fato considerado um “acontecimento pioneiro no mundo” (Passos, 2009, p. 131). Paralelamente a esse fechamento paulatino, “vão sendo construídas novas estruturas assistenciais, como os centros de saúde mental territoriais, nos quais todas as funções básicas de um serviço assistencial psiquiátrico podem ser cumpridas, até mesmo a internação em período de crise” (Amarante, 2006, p. 96).

Um ano depois, em 1978, foi aprovada a Lei nº 180, que proibiu novas internações e a construção de novos hospitais psiquiátricos e, simultaneamente, a construção de serviços

alternativos. A lei foi o estopim para o fechamento completo dos hospitais psiquiátricos na Itália.

No entanto, do mesmo modo que ocorre atualmente no Brasil, a reforma psiquiátrica italiana surtiu efeitos muito tênues, se comparado ao impacto nos manicômios gerais, no que diz respeito à desinstitucionalização de pessoas vinculadas aos manicômios judiciários. Enquanto a Lei nº 180, que previu o fechamento dos hospitais psiquiátricos, é de 1978, somente em 2015 os manicômios judiciários foram definitivamente fechados na Itália, ou seja, demorou 37 anos de reforma psiquiátrica para que eles tivessem finalmente suas atividades encerradas (Venturini, 2016, p. 13).

Pouco depois da promulgação da Lei 180, em 1978, deu-se início a ações para que fosse “automaticamente” sancionado o fechamento do Manicômio Judiciário. Mas a proposta não teve êxito, seja por uma espécie de arrependimento dos legisladores em relação à Reforma Psiquiátrica, cujo radicalismo talvez não fora, anteriormente, adequadamente dimensionado; seja pelo fato dos Manicômios Judiciários dependerem do Ministério da Justiça, que não estava envolvido na reforma da saúde mental (Venturini, 2016, p. 14).

O fato de os manicômios judiciários estarem submetidos às questões penitenciárias e não às de saúde foi, conforme o trecho supracitado, um empecilho, que justificou tamanha demora para o total fechamento dessas instituições. Durante todo o período em que elas perduraram (37 anos), em descompasso com as prerrogativas da reforma psiquiátrica italiana, iniciativas isoladas e inovadoras foram, pouco a pouco, colocando em xeque a real necessidade de existência dos manicômios judiciários.

Conforme Venturini (2016), a experiência de Trieste – a primeira localidade que teve um hospital psiquiátrico totalmente fechado, um ano antes da Lei 180 – contaminou também os profissionais vinculados aos manicômios judiciários. Os peritos psiquiátricos da província começaram a se recusar a proferir o rótulo de “não imputável” a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, atribuindo-lhes apenas a parcial incapacidade de entendimento, para, com isso, garantir a permanência nos serviços territoriais em meio aberto e não nos manicômios judiciários. Venturini (2016) ressalta ainda que passado o temor inicial acerca do fechamento dos manicômios, o sucesso do feito foi gradativamente quebrando preconceitos a ponto de os juízes, paulatinamente, começarem a aceitar que as medidas de segurança fossem cumpridas nos serviços territoriais de saúde mental, diminuindo a demanda por leitos nos manicômios judiciários (Venturini, 2016, p. 15-16).

Outros avanços vieram do Supremo Tribunal Federal (STF): em 1982, a corte decidiu que “a periculosidade social não poderia ser definida, de uma vez por todas, como um atributo natural da pessoa” e, ao contrário, deveria ser colocada “em relação aos contextos, à presença de oportunidades de tratamento e emancipação, que são relativas à disponibilidade de recursos e serviços” (Venturini, 2016, p. 16); em 2004, o STF declarou ser inconstitucional a não aplicação de medidas alternativas para os internos do manicômio judiciário.

Paralelamente às atuações do STF, alguns decretos e leis foram aos poucos tirando os manicômios judiciários de cena, dando lugar aos serviços substitutivos. Em 1999, um Decreto de Lei transferiu as funções sanitárias dos Institutos Penitenciários para o Sistema Sanitário Nacional – equivalente ao SUS brasileiro. Isso significa que, finalmente, as questões de saúde ficariam a cargo do sistema de saúde e não mais do sistema penitenciário. No entanto, o intento do decreto só foi realmente concretizado com a Lei Financeira de 2008, que abria espaço à valorização da territorialidade nas funções terapêuticas. “Cada Região italiana deveria assumir a tarefa de tirar seus respectivos cidadãos do Manicômio Judiciário e, na medida do possível, alocá-los perto da sua residência de origem” (Venturini, 2016, p. 19).

Depois de ações incisivas por parte do Fórum de Saúde Mental e da Psiquiatria Democrática Italiana, contemplando visitas técnicas, exposições na mídia e denúncias judiciais, uma emenda de 2013 estipulou que as medidas de segurança deveriam ser realizadas nas novas estruturas de saúde e fora dos manicômios judiciários. A votação da emenda foi adiada por duas vezes e, somente em maio de 2014, foi aprovada a Lei nº 81, que previa, dentre outras coisas, o fechamento completo dos manicômios judiciários. Mesmo com a aprovação da lei, Venturini (2016) aponta que, no ano seguinte,

[...] os dados do “Relatório trimestral sobre a implementação dos programas regionais para superar os hospitais psiquiátricos judiciais” dos Ministérios da Saúde e da Justiça forneceram um quadro, em muitos aspectos, alarmante do real compromisso das diversas regiões italianas em assumir os cuidados dos internados, submetidos a medida de segurança. Mais de 300 pessoas ainda estavam internadas em cinco remanescentes Manicômios Judiciários e outros 240 estavam internadas em um só Manicômio Judiciário, que só mudou a “placa”, tornando-se REMS<sup>29</sup> (Venturini, 2016, p. 24-25).

Constatadas as irregularidades nos supracitados Hospitais Psiquiátricos Judiciários (HPJ), foram nomeados interventores e mais embates jurídicos e sociais se sucederam, a ponto de que a concretização dos fechamentos totalmente só tenha ocorrido realmente no dia

---

<sup>29</sup> *Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza*: residências para implementação de medidas de segurança.

31 de março de 2015. “O 31 de março foi uma data histórica para a Itália, mas também para os países que querem afirmar o estado de direito para todos os seus cidadãos” (Venturini, 2016, p. 13).

Hoje, a experiência italiana é considerada uma inspiração para muitos países, um modelo a ser copiado, mas é importante lembrar que para chegar ao fechamento de todos os manicômios judiciários não foi fácil. Os embates travados pelo movimento antimanicomial e pela Psiquiatria Democrática, desde os anos 1960, denotam as dificuldades em se derrubar a lógica asilar de atenção à saúde mental, primeiro nos hospitais psiquiátricos e, depois de 37 anos, nos manicômios judiciários. Foram passos lentos e muitos percalços encontrados nessa trajetória que culminou, finalmente, no fechamento completo dessas instituições segregacionistas. Enfrentar o saber psiquiátrico tradicional, o preconceito e os interesses econômicos privados vinculados aos manicômios não é uma tarefa fácil, mas, sem dúvida, é extremamente necessária.

A história da luta antimanicomial brasileira entrecruza-se, em diversos aspectos, com a italiana: primeiro, pela presença física de Basaglia em debates, seminários e visitas a manicômios no Brasil; segundo, pela influência que o movimento antimanicomial italiano teve na criação do brasileiro; terceiro, pelo período em que ocorreram os primeiros embates – década de 1960; quarto, pelas formulações teóricas conjuntas entre pesquisadores italianos e pesquisadores brasileiros; quinto, pelas resistências encontradas pelo caminho – modelo biomédico, interesses econômicos e preconceitos; e, sexto, pelo intercâmbio mútuo de profissionais e militantes antimanicomiais, o que possibilitou que muitos voluntários conhecessem de perto a experiência de Triste (Goulart, 2007).

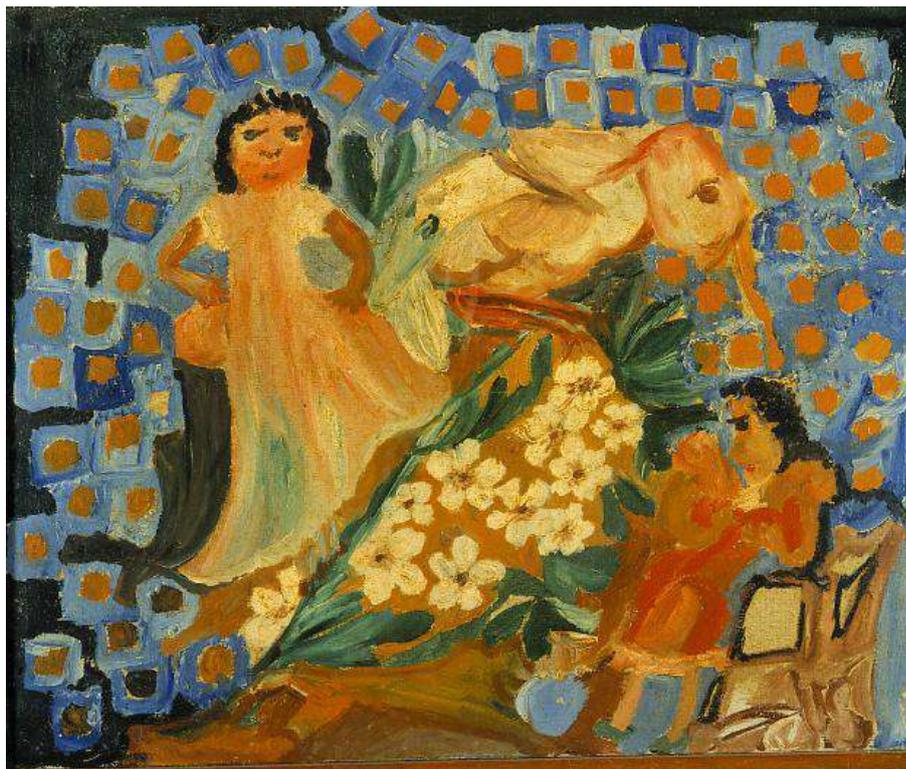


Figura 8: Sem título (1953) – Adelina Gomes<sup>30</sup>  
Fonte: Itaú Cultural (2016).

## 2.2 HISTÓRIA DA LUTA ANTIMANICOMIAL NO BRASIL

Franco Basaglia realizou sua primeira visita ao Brasil em 1978 (mesmo ano da aprovação da Lei nº 180 na Itália) para participar, com Robert Castel e Erving Goffman, do I Simpósio Internacional de Psicanálise, Grupos e Instituições, na cidade do Rio de Janeiro. Sua segunda visita ocorreu em 1979, quando realizou conferências e visitas aos manicômios do Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. O foco das palestras de Basaglia era sempre as experiências no processo de desinstitucionalização italiano e o fechamento do manicômio de Triste (Basaglia, 1979).

---

<sup>30</sup> Adelina Gomes (1916-1984) foi pintora, escultora, florista e artesã. Somente nas artes visuais, produziu cerca de 17.500 obras. Começou a se dedicar às artes na Seção de Terapia Ocupacional, do Ateliê de Pintura e Modelagem, em 1946, quando a psiquiatra Nise da Silveira (1905-1999) assumiu tal seção no Hospital Pedro II. Nesse período, Adelina era diagnosticada como portadora de esquizofrenia. Nise da Silveira é uma inspiração a todas as lutadoras e lutadores antimanicomiais. Numa época em que a psiquiatria tradicional reinava soberana, ela ousou contrariar as formas agressivas de tratamento, como o eletrochoque, a insulino-terapia, a lobotomia e a própria lógica do confinamento, dando vazão a técnicas não convencionais para o período, como a utilização de pinturas, modelagens e a interação com os animais nas terapias. Foi presa e ficou na clandestinidade de 1936 a 1944 por portar livros marxistas. Em 1952, fundou o Museu Imagens do Inconsciente, no Rio de Janeiro, um centro de estudos e pesquisas destinado à preservação dos trabalhos produzidos na Seção de Terapia Ocupacional (Psychiatry on-line Brasil, 2002).

Diferentemente da Itália, o Brasil, nesse período, vivia uma ditadura militar (1964-1985), marcada, entre muitas coisas, pela repressão e pela perseguição aos críticos políticos. Por mais que ela já estivesse perto do fim, é fato que por aqui não passávamos por crescimento econômico, como no caso italiano. Ao contrário, um dos motivos para o fim da era militar no poder foi justamente o desemprego, a inflação e as privatizações<sup>31</sup>. Mesmo diante de uma conjuntura econômica diferenciada, o Brasil contava com movimentos de massas crescentes, que exigiam o fim da ditadura e a abertura democrática<sup>32</sup>, que influenciaram e fortaleceram movimentos críticos setorializados, como é o caso do movimento pela Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial.

Delgado (1992) destaca que “a reforma brasileira inscreve-se, pois, num contexto internacional de mudanças” (Delgado, 1992, p. 42), o que significa dizer que diversos países do mundo, além da Itália e do Brasil, debatiam a necessidade de se alterar o paradigma biologicista de atenção à saúde mental, no interior da disciplina psiquiátrica tradicional. Os abusos no interior dos manicômios eram denunciados em congressos e encontros internacionais, cujo principal propósito era a coesão dos movimentos locais, para que estes causassem impactos reais na cessação de violações aos pacientes psiquiátricos.

No Brasil, a jornalista Daniela Arbex (2013), em seu *best-seller Holocausto brasileiro*, resgatou a história do Hospital Colônia de Barbacena, símbolo da triste página da atenção à saúde mental no país. Estima-se que nas décadas de 1960 e 1970, cerca de 60 mil pessoas tenham passado pelo manicômio mineiro. Essa instituição ficou conhecida como um depósito de pessoas “indesejadas”. De acordo com a autora, é possível que muitos internos tivessem vivenciado, realmente, alguma espécie de transtorno mental, fato que dificilmente saberemos na atualidade. No entanto, o foco do tratamento no interior do manicômio era vinculado a medidas coercitivas e punitivas, cuja finalidade era exclusivamente disciplinar, podendo inclusive levar o paciente a óbito, como ocorria frequentemente com a aplicação intensa e indiferenciada de eletroconvulsoterapia. A preocupação com a “recuperação” do usuário, ou com a ressocialização dele, era praticamente nula. As condições sub-humanas a que estes eram submetidos eram dignas de campo de concentração: todos tinham seus cabelos cortados, não havia camas e banheiros suficientes, as mães eram separadas de seus filhos, muitos

---

<sup>31</sup> A situação socioeconômica no fim da ditadura militar é mais bem explorada no quarto capítulo, no qual abordamos as configurações do Estado ao longo da história brasileira e as respectivas relações com o fortalecimento (ou não) das instituições estatais.

<sup>32</sup> É nesse período que se originam o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), o Partido dos Trabalhadores (PT) e a Central Única dos Trabalhadores (CUT).

passavam frio e fome, todos os pertences eram retirados e as identidades individuais eram sequestradas em nome da disciplina (Arbex, 2013).

Sensações de desnorreamento diante das violações no interior dos manicômios judiciários, percebidas por profissionais, voluntários, jornalistas e estudantes não são particularidades da atualidade. Elas foram sentidas e analisadas por estudiosos e militantes, quando o movimento pela reforma sanitária e psiquiátrica ganhava corpo e relevância nas denúncias das barbaridades que ocorriam no interior dos manicômios. A historiadora e professora da Unicamp, Maria Clementina Cunha, argumenta que as atrocidades no interior dos manicômios não são peculiaridades da década de 1960 ou 1970, quando elas passaram a ser divulgadas amplamente. As primeiras denúncias e crises relativas à existência do Hospital Psiquiátrico do Juqueri<sup>33</sup> remontam à década de 1930 (Cunha, 1987). Desde então, críticas foram sendo pouco a pouco transformadas em princípios e propostas.

As situações de abusos eram cada vez mais denunciadas e fortaleceram os movimentos sociais críticos à lógica psiquiátrica vigente. Os movimentos de resistência no Brasil estavam alinhados às organizações internacionais, tendo como principal espelho as reformas implementadas por Franco Basaglia, na Itália.

O contexto internacional contou com um aliado interno importante: o movimento da Reforma Sanitária, idealizado e construído por profissionais da saúde, que lutavam por uma nova lógica de funcionamento da saúde pública, no início dos anos 1970. As principais preocupações do movimento eram garantir mudanças na compreensão sobre o conceito de saúde e de estruturar um sistema capaz de abarcar todas as pessoas, de forma universal. No quesito do conceito, a nova formulação deveria considerar que saúde não é apenas ausência de doença, mas se relaciona diretamente às condições de vida da população. Isso significa que a saúde pública deveria oferecer um sistema composto por equipamentos e profissionais que considerassem o sujeito de forma integral e não como a partir de órgãos, membros e partes isoladas. A partir de então, um forte e massivo movimento social, que lutava pela Reforma Sanitária, passou a relacionar-se com movimentos de outras áreas da saúde, como é o caso da saúde mental.

Há uma nítida relação entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), conquista história do movimento da Reforma Sanitária, e os da Reforma Psiquiátrica. Enquanto o

---

<sup>33</sup> Fundado por Franco da Rocha em 1895, o Hospital Psiquiátrico do Juqueri foi o primeiro hospital psiquiátrico de São Paulo. O primeiro do Brasil foi o Hospício Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro em 1852 (Cunha, 1987).

primeiro prevê um sistema universal, descentralizado, com participação dos usuários, cofinanciado e que garanta a equidade e a integralidade, a segunda, outrossim, fundamentada nas mesmas diretrizes, apresenta um modelo específico de atenção à saúde mental.

Delgado (1992) aponta que no final dos anos 1970, houve três eventos políticos importantes na inflexão da luta pela reforma brasileira:

[...] o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, realizado em agosto/setembro na cidade catarinense de Camboriú; o assim designado “I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental”, organizado em São Paulo, em janeiro de 1979, e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, promovido em torno da denúncia da violência manicomial e da presença de Franco Basaglia, em novembro do mesmo ano. Há que associar-se a tal movimentação a conjuntura da “distensão lenta, gradual, porém segura”, e dos movimentos associativos de classe média, principalmente médicos, que dominaram o cenário político explícito nesses anos 1978 e 1979 (Delgado, 1992, p. 49-50).

O I Congresso Brasileiro de Trabalhadores de Saúde Mental foi especialmente significativo, à medida que deu origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cuja proposta inicial era constituir um grupo de debates permanentes e principalmente lutar de forma radical pelo fim dos manicômios brasileiros. “Inicialmente marcado por certa radicalidade que afastava as associações científicas e profissionais, o MTSM (...) foi reunindo suas pautas de luta àquelas dos setores mais críticos da área acadêmica e profissional” (Delgado, 1992, p. 51).

Amarante (2006) relata que inicialmente o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído em 1978, defendeu uma transformação genérica da assistência psiquiátrica, seja em forma de críticas ao modelo privatizante e hospitalocêntrico, seja na “elaboração de alternativas inspiradas basicamente em propostas de desospitalização” (Amarante, 2006, p. 13), mas que gradativamente passou a incorporar, dentre suas formulações, uma crítica ao saber psiquiátrico tradicional que, desde então, possibilitou uma profunda transformação no interior do movimento, “permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental” (Amarante, 2006, p. 14).

Os anos 1980 foram marcados pelo aumento no número de denúncias e pela implementação das primeiras propostas de equipamentos substitutivos. Em 1986, foi inaugurado o primeiro Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do Brasil, na cidade de São

Paulo. Em 1987, um ano depois, o MTSM realizou o II Congresso Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental, evento realizado em Bauru-SP, no qual os direitos dos usuários ganharam destaque em relação à suposta “proteção da sociedade”. Durante o encontro, o movimento mudou de nome e passou a ser denominado Movimento por uma Sociedade sem Manicômios. O encontro foi considerado um marco na luta pela Reforma Psiquiátrica, instituindo a defesa da ressocialização das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico como contraponto às práticas coercitivas e segregadoras. A ideia central, a partir de então, foi formular e apresentar propostas práticas de modelos alternativos aos manicômios. A experiência do CAPS, em São Paulo, foi exaltada e passou a ser conhecida entre os profissionais da saúde mental e militantes da luta antimanicomial, alastrando pelo país novas ideias acerca da possibilidade real de substituição dos manicômios por novos equipamentos públicos.

Em 1989, depois de diversas denúncias de abandono e até mortes de pacientes, dando ao local o triste apelido de Casa dos Horrores, ocorreu o fechamento do manicômio Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP. Como resultado das denúncias, a prefeitura da cidade decidiu realizar um processo de intervenção, que teve repercussão nacional, demonstrando que era possível radicalizar nas ações institucionais. A alternativa municipal foi a implementação dos primeiros Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) do país, que foram fundamentais para o fomento de cooperativas vinculadas à saúde mental, residências terapêuticas e associações de usuários (Yasui, 1989).

Também em 1989, o Deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de Lei nº 3657/89, conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica. A proposta teve como objetivos centrais a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, marcando o movimento da Luta Antimanicomial também nos campos legislativo e normativo. De acordo com Delgado<sup>34</sup> (1992), o “apoio quase consensual, entre os setores progressistas, ao projeto de lei 3657, a partir de 1989, exemplifica essa ampliação da base social do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil” (Delgado, 1992, p. 51).

---

<sup>34</sup> Uma das maiores referências no campo da saúde mental no Brasil, academicamente e na atuação militante, é Pedro Delgado, irmão de Paulo Delgado (deputado que apresentou a Lei da Reforma Psiquiátrica). É importante destacar que no presente trabalho estamos citando artigos e livros de Pedro Delgado e não de Paulo Delgado.

Em 2001, depois de 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a proposta de Paulo Delgado foi finalmente sancionada. O número da lei mudou para 10.216/2001 por conta de um substitutivo, que detalhou o projeto original. De acordo com Delgado (2011b), a “redação final teve mais aperfeiçoamentos do que danos ao longo da negociação no Congresso”. O artigo 1º é integralmente dedicado a reafirmar os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais, com base na Resolução das Nações Unidas de 1991 (Delgado, 2011b).

Em seguida, o artigo 2º elenca nove direitos básicos, entre os quais o da prioridade no tratamento comunitário, o que é reforçado em todo o artigo 4º, que estabelece a internação como uma modalidade de tratamento, a ser utilizada apenas nos casos em que é indispensável. O controle e limites da internação involuntária se mantêm desde o texto original, posteriormente regulamentado pelo Ministério da Saúde (Delgado, 2011b).

A lei objetiva mais do que a substituição do modelo hospitalocêntrico, pois expressa a desconstrução de estereótipos e preconceitos a respeito do sofrimento psíquico. Ela apresenta a pessoa com diagnóstico psiquiátrico enquanto um ser humano como todos os demais, que detém direitos e requer atenção que respeite a sua dignidade. De nada adianta trocar o manicômio por equipamentos substitutivos se estes forem orientados pelas mesmas concepções e práticas dos primeiros.

A Reforma Psiquiátrica traz, sem dúvidas, importantes avanços nas concepções e práticas na saúde mental. Com ela, não só os serviços foram reorganizados de modo a atender ao usuário no território, sobretudo alteraram-se profundamente as maneiras de se conceberem o sofrimento psíquico. Se antes a ênfase estava nas explicações biologistas, agora o sujeito passa a ser compreendido integralmente e de maneira contextualizada. O sofrimento psíquico está intimamente vinculado às condições de vida e, portanto, não é suficiente tratá-lo isoladamente. É preciso garantir uma conjunção de fatores que auxiliem o sujeito a manejar sua vida, mesmo diante de situações adversas que, porventura, desencadeiem sofrimentos. Daí a importância de constituir uma rede de serviços que atue articuladamente, a fim de proporcionar o necessário para que o sujeito supere limitações que, aparentemente, sejam causadoras de sofrimento.

Tenório (2002) apresenta que os princípios da Reforma seguem as seguintes orientações: promover o vínculo e o acolhimento dos pacientes; ofertar uma diversidade de atividades; favorecer e incentivar a interação dos usuários com os familiares e círculos sociais; fomentar que a sociedade acolha as pessoas com transtornos mentais ou em

sofrimento psíquico; reavaliar o conceito de “loucura” e de seus estigmas; reivindicar os direitos do sujeito com transtorno mental ou em sofrimento psíquico; promover ações comunitárias com vistas à reinserção social; e problematizar o saber psiquiátrico e sua normatização (Tenório, 2002).

Para Pedro Delgado (2011b), a internação deve ser a última alternativa. A atenção à saúde mental deve primar pela manutenção dos vínculos comunitários, valorizando as condições de subsistência dos usuários. Segundo o autor, um dos maiores desafios é a promoção da participação ativa dos pacientes, da família e da sociedade em geral nas decisões e discussões acerca do funcionamento da rede de cuidado (Delgado, 2011b).

Paulo Delgado (2011a), conhecido pela autoria da Lei nº 10.216/2001, argumenta que para evitar o retorno aos manicômios, é necessário que a Reforma Psiquiátrica promova atendimento humanizado, expanda os serviços substitutivos (em volume e diversidade), impulse novas formas de diagnósticos relacionados à saúde mental, instaure equipamentos abertos à população, insira o tema no contexto acadêmico, favoreça a autoaceitação dos sujeitos com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico, respeite a liberdade e a cidadania, previna o adoecimento, recorra a meios não punitivos, não coercitivos e que não despreze a autonomia do ser humano (Delgado, 2011a).

As denúncias de violações no interior dos manicômios foram, ao longo da história brasileira, colocando em xeque a eficiência de tais instituições. Gradualmente, modelos substitutivos passaram a ser pensados e implementados nas políticas de saúde mental. A desinstitucionalização, caracterizada pela promoção do tratamento fora dos muros hospitalares, com tempo limitado de internação, atenção multiprofissional ao usuário e preservação dos vínculos territoriais, familiares e comunitários, apontou para a necessidade de novas práticas e equipamentos públicos. Diante disso, os desafios apresentados ao movimento da luta antimanicomial e gestores públicos comprometidos com a consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica passou a ser a implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

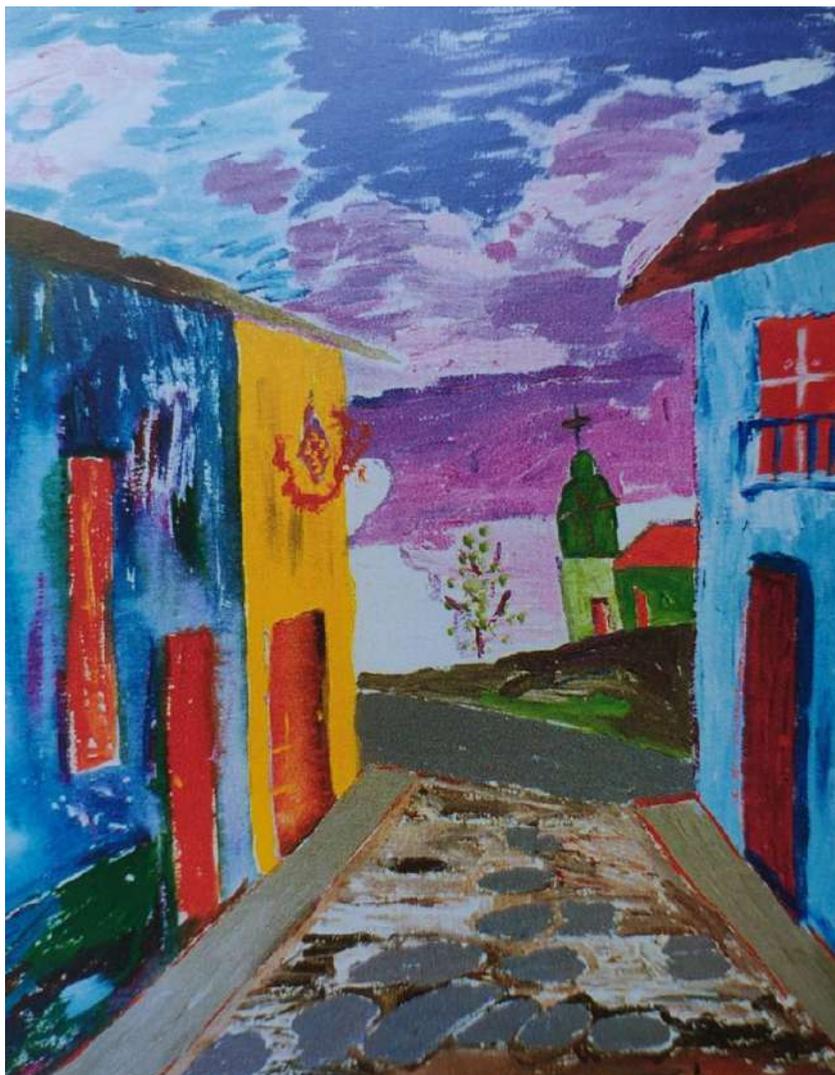


Figura 9: *O dia propenso* (s/d) – Renata Maria Polten<sup>35</sup>  
Fonte: Drummond & Hidalgo (2006, p. 65).

### 2.3 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ENQUANTO NECESSIDADE HISTÓRICA

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é o conjunto de equipamentos, programas e serviços que garantem a atenção à saúde mental de pessoas com transtornos mentais ou em situação de sofrimento psíquico, com manutenção dos vínculos familiares, territoriais e comunitários. Ela é uma alternativa à lógica da psiquiatria tradicional, baseada no

---

<sup>35</sup> Renata Maria Polten foi acompanhada pela Associação Livre Mente Arnaldo Gilberti (AAG), uma associação vinculada aos serviços de saúde mental de Curitiba, fundada em 1994, cujo foco é acolher pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico e seus familiares, oferecer oficinas de arte-terapia, geração de renda e trabalhos em grupo. A associação fundamenta seu trabalho nos métodos de Nise da Silveira (Drummond & Hidalgo, 2006).

confinamento, sob o discurso de tratamento, mas que, na realidade, o foco sempre foi defender a sociedade da imprevisibilidade do louco.

A RAPS concretiza os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, com foco na base territorial e comunitária, substituindo, portanto, o modelo manicomial. O conceito de território é central para todos os serviços do SUS, incluindo os da saúde mental, pois não se trata apenas de uma região geográfica, mas principalmente de um determinado local em que se desenvolvem relações sociais, históricas, afetivas e culturais. A base territorial pressupõe um serviço de portas abertas e acessível a qualquer pessoa que dele precisar, localizado o mais próximo possível de onde os usuários vivem, onde estão suas respectivas famílias, amigos, instituições e lugares que frequenta.

Conforme explicitamos no início do presente capítulo, como o fim dos manicômios pressupõe uma nova forma de compreensão das questões relacionadas à saúde mental, de nada adiantaria a substituição dessas instituições por um único equipamento público. Ao contrário, devido à complexidade envolvida nas questões de saúde, muitas vezes relacionadas a diversos campos do saber e a uma infinidade de profissionais comprometidos com a gestão e o cuidado, as redes são prerrogativas fundamentais para a garantia da eficiência na atenção à saúde mental.

Cecílio (1997) sugere que o próprio projeto do SUS, originalmente planejado em formato piramidal, deveria se estruturar de forma horizontal, o qual se vincularia à ideia de movimento, com várias alternativas de portas de entradas e saídas. A atenção básica é uma das portas de entrada, mas existem também as urgências, as equipes do Programa Saúde da Família (PSF), as visitas domiciliares das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e, por que não, determinados equipamentos da RAPS (Cecílio, 1997).

Assim, para dar conta de abarcar a integralidade humana, não é possível a existência de um sistema de saúde rígido, hierárquico e fragmentado, mas é necessário que os processos de trabalho materializem-se a partir de redes, com muitas ligações e conexões. É o plano de trabalho cotidiano, real e concreto que deve guiar a articulação da rede, constituindo-se enquanto atos e não como estruturas pré-moldadas. A necessidade do usuário determinará a dinâmica de trabalho das equipes multiprofissionais e, dessa forma, a rede será acionada e participará ativamente da consolidação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS)<sup>36</sup>. Não há

---

<sup>36</sup> O PTS pode ser sintetizado como um conjunto de propostas e condutas terapêuticas, realizado por uma equipe multiprofissional para cada usuário da RAPS. Ele é uma ferramenta única de cuidado e a sua construção deve incluir a participação do próprio usuário e de sua família. Nele, devem-se contemplar as estratégias possíveis

um fluxo de encaminhamentos preestabelecidos, mas, sim, uma rede de programas, equipamentos e serviços que podem ser acionados em maior ou menor intensidade, a depender das reais necessidades do usuário.

A multiplicidade de possibilidades de encaminhamentos pressupõe a elasticidade das próprias redes locais. Como o guia do trabalho depende dos PTSs, construídos cotidianamente pelas equipes multiprofissionais, a RAPS pode adquirir uma infinidade de configurações, variando em cada momento e em cada localidade. Elas potencializam o desenvolvimento de novos modos de agir, pois se constroem no meio comunitário em que cada usuário está inserido.

No entanto, a consideração da importância da flexibilidade, criatividade e elasticidade das redes não pode servir de argumento para o não investimento em uma estrutura mínima, que sustente justamente as várias possibilidades de construção dos PTSs. As equipes multiprofissionais precisam contar, a seu dispor, com um leque de possibilidades de programas, serviços e equipamentos, para que, assim, os fluxos de trabalhos sejam o mais abrangentes possíveis. Os profissionais da saúde precisam de amplas opções de construções dos PTSs, para que os usuários possam circular entre as várias matrizes da rede, da forma mais propícia e específica possível. Nesse sentido, é fundamental que os governos federal, estadual e municipal viabilizem programas, equipamentos e serviços públicos, associados exclusivamente aos princípios antimanicomiais<sup>37</sup>.

A Portaria nº 3088, de 2011, que institui a RAPS, tem como diretrizes (art. 2º):

- I - Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- II - Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- III - Combate a estigmas e preconceitos;
- IV - Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- VI - Diversificação das estratégias de cuidado;
- VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- VIII - Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

---

para adesão ao tratamento, pois de nada adianta incluir ações de baixa aceitação. O PTS é flexível e aberto a adequações e, conforme o andamento, é possível incluir e retirar ações de cuidado, sempre em consonância com o protagonismo do próprio usuário.

<sup>37</sup> No quarto capítulo, apresentamos as recentes tentativas de descaracterização da RAPS, por parte do governo Bolsonaro, com o investimento público nos hospitais psiquiátricos privados e inclusão das comunidades terapêuticas na rede. A estrutura da RAPS que defendemos é aquela originalmente desenhada a partir da Portaria nº 3.088 (2011), com algumas adaptações posteriores, mas sem a inclusão das comunidades terapêuticas e investimentos públicos massivos nos hospitais psiquiátricos.

- IX - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- X - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- XI - Promoção de estratégias de educação permanente; e
- XII - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular (Ministério da Saúde, 2011).

Tais diretrizes apontam para uma rede aberta e nitidamente antimanicomial, sem espaço para a inclusão de instituições asilares. A RAPS constitui a materialização dos princípios da Reforma Psiquiátrica, portanto, em nenhuma hipótese a atenção à saúde mental pode prescindir da institucionalização dos pacientes, inclusive daqueles considerados louco-criminosos.

Destacamos, dentre as diretrizes, a estratégia de Redução de Danos (RD), por ser significativamente polêmica, a ponto de a “nova” Política Nacional sobre Drogas, promulgada em 11 de abril de 2019, sob o governo Bolsonaro, ser explicitamente contrária a essa diretriz. A partir desse Decreto, a RD fica de fora do rol das estratégias prioritárias no tema das drogas. Ao contrário, o governo federal incluiu a abstinência total como única possibilidade de tratamento, tornou subjetiva a diferença entre traficantes e usuários de álcool e outras drogas<sup>38</sup> e estabeleceu maior investimento às comunidades terapêuticas – instituição sob os parâmetros asilares e contrários aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Decreto n. 9.761, 2019).

O termo “redução de danos” refere-se a um conjunto de políticas, programas e práticas com vistas a reduzir os danos à saúde, causados pelo uso de álcool e/ou outras drogas em pessoas que não podem ou não querem parar de utilizar. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos e não na abstinência. O usuário tem voz ativa nas ações relacionadas à RD, ou seja, as políticas e práticas sobre drogas não têm apenas uma única direção (dos profissionais aos usuários) e sim consideram que este participa ativamente dos processos de planejamento e implementação das estratégias sobre drogas. Essa concepção, por conseguinte, distancia-se das concepções de “tolerância zero”, “guerra às drogas” ou qualquer outra que pressuponha a abstinência total como única possibilidade de intervenção política. Na RD,

---

<sup>38</sup> Não é mais a quantidade de drogas apreendida que caracteriza a diferença entre usuário e traficante, mas, sim, aspectos relativos ao flagrante.

prevalece o respeito à dignidade humana e o uso controlado de drogas é uma das possibilidades inseridas nas políticas sobre álcool e outras drogas.

Por mais que existam programas específicos de RD, é importante destacar que ela é também uma diretriz e, por isso, pressupõe ações intersetoriais e um afinamento político e ideológico entre todas as ações das áreas de saúde, educação, segurança e assistência social. Os equipamentos públicos, as práticas profissionais e, principalmente os PTSs, devem contemplá-la enquanto fundamento estruturante, seja em planejamentos, políticas ou práticas profissionais relacionadas ao uso de álcool e outras drogas.

Os componentes da RAPS, de forma geral, devem estar em sintonia quanto aos princípios e aos objetivos das políticas de saúde mental, para que a rede funcione adequadamente, dando a oportunidade para usuários de álcool e outras drogas, pessoas com transtornos mentais ou em situação de sofrimento psíquico manejarem, de forma autônoma, sua determinada condição psicológica, social e econômica.

De acordo com o art. 5º da Portaria nº 3088, os componentes da RAPS são:

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial Especializada;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII - Reabilitação Psicossocial (Ministério da Saúde, 2011).

Cada um desses componentes subdivide-se em ações e serviços, cujo propósito é garantir o atendimento equitativo aos usuários e familiares, ou seja, de acordo com as suas diferentes necessidades e nas mais distintas abrangências territoriais. Na atenção básica em saúde, inserem-se os serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS), consultórios na rua<sup>39</sup>, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF<sup>40</sup>), centros de convivência e atenção residencial de caráter transitório.

---

<sup>39</sup> Equipe multiprofissional que atua em unidades móveis, com foco na atenção à saúde das populações em situação de rua.

<sup>40</sup> O NASF pode ser composto por psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outros. A configuração da equipe depende das realidades locais, buscando sempre apoiar as equipes da ESF, para, assim, ampliar a resolutividade das ações da atenção básica.

No segundo componente da RAPS, de acordo com a portaria supracitada, a atenção psicossocial especializada, estão contempladas todas as modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo eles: I, II, III, Álcool/Drogas e Infantil. Cada uma delas é determinada pelo porte do município e pela especificidade de atendimento<sup>41</sup>. Esses equipamentos são fundamentais tanto para o acompanhamento longitudinal de pessoas com transtornos mentais ou em situação de sofrimento psíquico e seus familiares, quanto para o apoio matricial a outros pontos de atenção. Os centros oferecem uma abordagem interdisciplinar, composta por uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, entre outros especialistas. Eles são serviços de portas abertas e com enraizamento comunitário, ou seja, devem acolher todos os usuários, mesmo que não haja agendamento.

A atenção de urgência e emergência é composta basicamente pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), sala de estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência – pronto-socorro e, em determinadas situações e configurações, as próprias UBSs e CAPS (Ministério da Saúde, 2011).

O item IV, art. 5º, da Portaria nº 3088 (2011) estabelece ainda que a RAPS contempla a atenção residencial de caráter transitório. Isso significa que ela oferece cuidados em ambiente residencial, para pessoas que dele necessitar. Esse componente incorpora as Unidades de Acolhimento (UA), com permanência máxima de seis meses, e serviços de atenção em regime residencial, com permanência de até nove meses.

A atenção hospitalar contém os serviços hospitalares de referência e a enfermagem especializada em hospitais gerais, com leitos habilitados a oferecer suporte hospitalar em saúde mental, com vistas ao “tratamento para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas” (Ministério da Saúde, 2011). É importante destacar que esse serviço deve estar articulado com o PTS desenvolvido pelo serviço de referência do usuário. A internação tanto nos serviços hospitalares quanto nas enfermarias especializadas em hospitais gerais deve ser de curta duração até a estabilidade clínica.

A estratégia de desinstitucionalização é destinada às pessoas que estão presas nos manicômios judiciários ou em hospitais psiquiátricos em situação de internação de longa

---

<sup>41</sup> Ver Portaria nº 3088, de 2011.

permanência. Ela é contemplada basicamente por duas iniciativas: 1) Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher os egressos de internações de longa duração, entre dois anos ou mais ininterruptos, favorecendo a retomada da gestão do cotidiano e projetos de vida, com apoio de profissionais e outros componentes da rede. A abertura de vagas nos SRT é vinculada ao fechamento de leitos em instituições asilares. Os CAPS e as UBS realizam acompanhamento longitudinal das residências, a fim de garantir a promoção da autonomia e a progressiva reinserção comunitária dos moradores; 2) Programa de Volta para Casa (PVC) – trata-se de um auxílio-reabilitação psicossocial, de caráter indenizatório, destinado à assistência, ao acompanhamento e à integração social, para pessoas com diagnóstico de transtorno mental e com dois anos ou mais de internação em hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciários.

A reabilitação psicossocial prevê iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas populares, com a finalidade de favorecer a autonomia, independência e gestão do cotidiano. As práticas autogestionárias e solidárias de geração de renda são, sem dúvida, um importante suporte na substituição das práticas asilares.

De acordo com Santiago & Yasui (2015),

A partir do final dos anos de 1990, as áreas de saúde mental e de ECOSOL<sup>42</sup> (movimentos sociais, militantes e trabalhadores excluídos do mercado formal, dentre outros), passaram sistematicamente a empenhar esforços para a construção de pontes políticas, sociais e práticas, para que os sujeitos em sofrimento psíquico pudessem, de forma autêntica, ampla e integral, acessar e exercer sua cidadania no tecido social, por meio (mas não só) da experiência trabalho (Santiago & Yasui, 2015, p. 703).

Os autores lembram ainda que a economia solidária e os movimentos pela Reforma Psiquiátrica apresentam a mesma matriz de configuração de forças sociais e políticas, que almejam novos modos de trabalhar e viver na sociedade (Santiago & Yasui, 2015, p. 708). O exercício da democracia real e popular é sem dúvida terapêutico, à medida que os cooperados necessitam tomar decisões coletivas, com base em planejamentos, estratégias e visando o bem comum. Nesse sentido, a Ecosol configura-se como importante aliada da luta antimanicomial, pois partilha dos mesmos princípios de quebra de paradigma, valorização dos sujeitos e contraponto às práticas asilares e hierárquicas.

---

<sup>42</sup> Economia solidária.

A RAPS, como vimos, é uma teia complexa de equipamentos, relações e práticas muito mais amplas do que a mera substituição de uma instituição por outra. A sua materialização é fundamental para o fechamento completo dos manicômios. Em nossa opinião, a atualidade exige a concentração dos militantes da luta antimanicomial em duas grandes frentes de atuação: 1) continuar a denunciar as barbaridades ocorridas no interior dos hospitais psiquiátricos, manicômios judiciários e novas modalidades de institucionalização de pacientes (comunidades terapêuticas), e; 2) lutar para consolidar e fortalecer a RAPS, pois enquanto ela carecer de estruturas e investimentos, as lógicas manicomiais perdurarão como forma de tratamento.

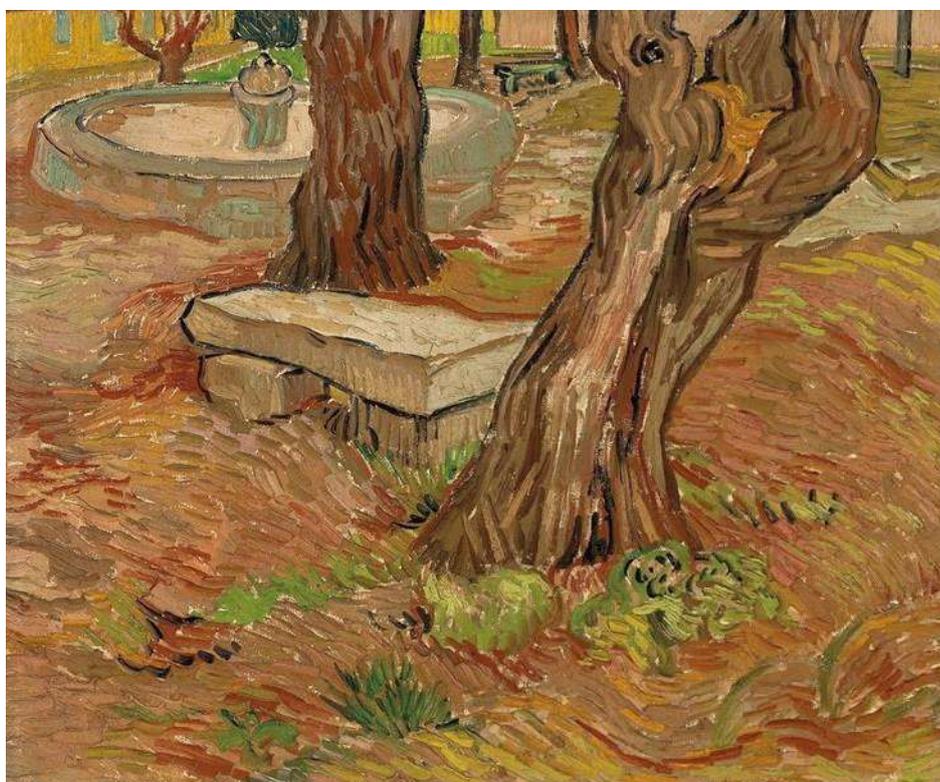


Figura 10: *Banco de Pedra no Asilo de Saint-Remy* (1890) – Van Gogh<sup>43</sup>  
Fonte: Vírus da Arte (2018).

---

<sup>43</sup> O pintor holandês Vincent van Gogh (1853-1890) é um dos grandes nomes da pintura de todos os tempos. Produziu 879 quadros em menos de uma década e atualmente suas obras estão entre as mais caras da história. Em 1990, o retrato *O Dr. Gachet* foi vendido por 82 milhões de dólares. A composição *Banco de Pedra no Asilo de Saint-Remy*, apresentada acima, foi pintada durante sua internação no Hospício de Saint-Paul de Mausole, na França. Ele se encontrava à época muito doente, tomado por alucinações. O artista pintou a visão que tinha quando se encontrava na pequena janela de seu quarto, no primeiro andar do sanatório, olhando para o pátio. Van Gogh recebeu diversos diagnósticos (epilepsia, transtorno bipolar, depressão e esquizofrenia) e passou por várias internações em hospitais e hospícios durante a vida (Vírus da Arte, 2018).

## 2.4 O MANICÔMIO JUDICIÁRIO À LUZ DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

No Brasil, apesar da bem-sucedida desconstrução legal<sup>44</sup> dos modelos asilares de atenção à saúde mental, os manicômios judiciários resistem ao longo quase 100 anos de história. Alguns, inclusive, foram erguidos mesmo com a aprovação da Lei nº 10.216/01, lei da Reforma Psiquiátrica, que deveria servir de empecilho para o tratamento em instituições fechadas. Dos vinte e três Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP) existentes hoje no país, seis deles foram construídos depois de 2001, ou seja, depois da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Diniz (2013), as referidas construções são:

1. Em São Paulo, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico II de Franco da Rocha foi erguido no ano de 2001.
2. Em Minas Gerais, na cidade de Ribeirão das Neves, o Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves, em 2002.
3. No ano seguinte, o Estado de Mato Grosso instituiu a Ala de Tratamento Psiquiátrico Unidade de Saúde Mental II.
4. Na Região Nordeste, no Estado do Piauí, construíram-se hospitais da mesma natureza, como o Hospital Penitenciário Valter Alencar do Piauí, em 2004.
5. Na Região Norte mais duas instituições manicomiais no âmbito prisional passaram a ser realidade, uma em Rondônia, no ano de 2006, a Enfermaria da Unidade Prisional da Capital Ênio Pinheiro.
6. E a outra no Pará, em 2007, chamada Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará (Diniz, 2013, p. 22).

Em cada uma dessas 23 unidades, encontramos uma realidade distinta. Por mais que existam legislações federais, que apontem para certa uniformidade institucional, os sistemas prisionais são atribuições dos Estados, fazendo com que os louco-criminosos sejam acolhidos de maneiras diferentes de local para local. Não é possível afirmar, portanto, que todos os manicômios judiciários sigam os mesmos procedimentos de privação, exclusão e isolamento, mas é fato que as construções asilares não deixaram de ser realidade.

---

<sup>44</sup> O termo “desconstrução legal” difere de “desconstrução real”, pois o que está escrito na lei nem sempre se torna realidade. Basta uma análise apurada de conjuntura para perceber que o objetivo de desospitalização e desinstitucionalização da atenção à saúde mental descrito na Lei nº 10.216/01, apesar dos avanços, ainda não se materializou de forma suficiente.

Existem, ademais, iniciativas que visam justamente propor uma inversão da prática histórica de segregação e institucionalização, apontando, ao contrário, para a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários. No Rio Grande do Sul, em 2012, por exemplo, um juiz de direito extinguiu por volta de 450 processos dos 719 existentes do Instituto Psiquiátrico Forense (Missaggia, 2012), demonstrando que mesmo diante da permanência do modelo asilar, embates pontuais têm sido capazes de provocar contradições e alterações em algumas localidades.

Iniciativas semelhantes impostas pelo judiciário e tentativas de substituição dos manicômios judiciários, por meio de parcerias com universidades ou ainda por equipes técnicas progressistas, podem ser verificadas em outros Estados, como Santa Catarina e Pernambuco. Projetos institucionais que enfrentam o *status quo* também podem ser visualizados em Minas Gerais, como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), realizado pelo Tribunal de Justiça em parceria com a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Em dez anos de funcionamento, o programa acompanhou 1.058 processos, sendo que, desses, 489 casos foram desligados e 266 casos estavam em acompanhamento. E, ainda, 210 internos estavam em liberdade, realizando tratamento nos dispositivos substitutivos ao manicômio, residindo junto aos familiares ou em residências terapêuticas (Barros-Brisset, 2010).

No mesmo sentido, o estado de Goiás instituiu o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), que desde 2006 retirou a responsabilidade pelos pacientes em medidas de segurança da Secretaria de Segurança Pública e passou para a Secretaria de Estado da Saúde. Desde então, os loucos-criminosos passaram a ser acompanhados pelos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), logrando cerca de 500 atendimentos nos 10 primeiros anos de existência. O programa foi vencedor do Prêmio Innovare em 2009, o que demonstra, sobretudo, que é possível oferecer acompanhamento eficaz e garantir a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários aos usuários<sup>45</sup> (Caetano, 2016).

Mesmo diante de iniciativas que escancaram as realidades dos manicômios judiciários e apresentam propostas concretas de substituição da lógica asilar, podemos dizer que a Reforma Psiquiátrica, no quesito louco-criminoso, caminha a passos lentos e muita coisa ainda precisa ser feita. As seis construções de novas unidades nos anos 2000, depois da

---

<sup>45</sup> O PAILI foi mais bem detalhado no quinto capítulo.

aprovação da Lei nº 10.216/2001, demonstram que tais instituições ainda são referências técnicas e políticas na atenção aos louco-criminosos. Isso ocorre não sem contradição, pois sabemos que mesmo resistindo ao longo desse quase um século de reinado, os manicômios judiciários vêm sofrendo duras críticas de intelectuais, militantes e usuários do sistema.

De acordo com Barros-Brisset (2010), “questionamentos e críticas se acumulam em teses acadêmicas, fóruns e conferências públicas dedicados à discussão dos direitos humanos, da saúde mental e da justiça, exigindo, em diversos setores, o redesenho da política ineficiente” (Barros-Brisset, 2010, p. 11). O tratamento asilar em manicômios judiciários, determinado por medida de segurança por tempo indeterminado, apoiado na presunção de periculosidade do louco-criminoso, constitui, segundo a autora, “uma das maiores expressões da violação institucional dos direitos humanos no Brasil” (Barros-Brisset, 2010).

A perplexidade diante do formato arcaico e violador da dignidade humana encontra ressonância em publicações de técnicos, pesquisadores, professores e estudantes que passaram por experiências, mesmo que temporárias, no interior de manicômios judiciários. Aguiar e Lourenço (2011), psiquiatras com 26 anos de experiências nos hospitais psiquiátricos de Salvador, realizaram trabalho de campo no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia em 2010. Os autores afirmam que “é impossível passar por uma prisão e sair sem marcas e feridas”. Constataram, desde as primeiras visitas, que “além de toda a degradação já por nós conhecida própria dos hospícios, ali havia algo mais, talvez pela junção em uma única instituição de duas mazelas sociais, o hospício e a prisão” (Aguiar & Lourenço, 2011, p. 11).

Experiência semelhante foi relatada por Margarida Calligaris Mamede, que realizou um trabalho de cartas e fotografias, durante 15 anos, na Colônia Feminina do antigo Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, no estado de São Paulo. A autora afirma que “as condições gerais dos manicômios judiciários no Brasil, além de inóspitas e ineficientes, perpetuam um cenário de miserabilidade humana que não deveria existir”. Conclui dizendo que “tem sido difícil manter a crença nas instituições e nos órgãos competentes” (Mamede, 2006, p. 108).

A estudante de serviço social Denise Lorencini (2002) apresentou sua experiência de estágio no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina, realizado no período de março a maio de 2001, em que constata que os internos, ao chegarem à instituição,

sentiam “a perda dos seus vínculos afetivos, o peso do estigma de seu delito e de sua doença mental, além do abandono da família e da sociedade” (Lorencini, 2002, p. 36)<sup>46</sup>.

Mattos (2016) é taxativo ao comparar os manicômios judiciários aos campos de concentração nazistas. “Qual a diferença entre um campo de concentração nazista e um manicômio judiciário? Absolutamente nenhuma, exceto o Haldol matinal, o Fenegram vespertino e o benzodiazepínico mais barato” (Mattos, 2016, p. 65).

A constatação de violações no interior dos manicômios judiciários escancara uma das deficiências na garantia de direitos às pessoas com transtornos mentais. Críticas a essas instituições, que resistem ao tempo, são direcionadas por todos os lados. Em 2011, o Ministério Público Federal (MPF) publicou o “Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódio tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001”, em que recomenda a extinção dos Hospitais de Custódias e Tratamentos Psiquiátricos. No parecer, o MPF resgata o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que esta deve ser considerada em sua tripla dimensão, qual seja como bem-estar físico, social e mental. Portanto, a esfera adequada de atenção às pessoas com transtornos mentais e em conflito com a lei encontrar-se-ia no SUS e não em HCTPs, por uma questão de “isonomia e dignidade humana” (Ministério Público, 2011, p. 59).

A pessoa inimputável deve ser acolhida e não encarcerada, o que implica, obviamente, que a esfera adequada para o tratamento é a saúde e não o sistema penitenciário. É paradoxal prescrever que o sujeito não responde pelos seus atos e, ao mesmo tempo, condená-lo a tratamento forçado numa instituição fechada, cujo dormitório é nada mais que uma cela, com grades e trancas. Além disso, as vestimentas dos pacientes são uniformes padronizados aos moldes dos presos comuns, a circulação pelos corredores ocorre mediante algemas, os “cuidadores” são, na verdade, agentes penitenciários e os procedimentos para visitas são exatamente os mesmos das penitenciárias convencionais.

Lopes & Ribeiro (2009) também denunciam a problemática de instituições vinculadas ao sistema prisional serem as responsáveis pela atenção à saúde das pessoas com transtornos mentais. Segundo as autoras, “o doente mental não pode perder o contato com o mundo, mas

---

<sup>46</sup> Optamos por trazer relatos de experiências, nas mais variadas modalidades de vínculos, para demonstrar que os questionamentos ao modelo asilar e violador dessas instituições não se restringem ao mundo acadêmico, atingindo profissionais, voluntários, pesquisadores, militantes, estudantes e uma série de estratos sociais que não se conformam com a permanência de um sistema arcaico de atenção à saúde mental.

o sistema cria uma importante exclusão social, já que os hospitais de custódia são vistos como parte do sistema prisional e não de saúde” (Lopes & Ribeiro, 2009, p. 4).

No mesmo sentido, o “Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”, organizado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Justiça, em 2002, apresenta, dentre as propostas aprovadas, a necessidade de adaptação dos manicômios judiciários à Reforma Psiquiátrica. Nos estados em que existam tais instituições, as “condições de funcionamento devem estar ajustadas às diretrizes do SUS, direcionadas no sentido da humanização, da desospitalização e desinstitucionalização, evoluindo para o regime aberto, conforme a Lei n. 10.216” (Ministério da Saúde, 2001, p. 19).

O Conselho Nacional de Justiça (art. 17º – Res. 113) também é taxativo ao determinar que o cumprimento da medida de segurança deve buscar, sempre que possível, políticas antimanicomiais, conforme prevê a Reforma Psiquiátrica. A referida resolução apresenta que é preferível o tratamento ambulatorial em detrimento das internações (Conselho Nacional de Justiça, 2010, p. 5).

A Resolução 4, publicada em 2010, pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, recomenda a “adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança” (Ministério da Justiça, 2010, p. 1). E orienta que os programas de atenção ao paciente judiciário devem manter contato e articulação intersetoriais, em caráter permanente com a rede pública de saúde, visando efetivar a individualização do projeto de atenção integral. Também deve promover a inserção social, com acesso do sujeito aos seus “direitos fundamentais gerais e sociais, bem como a sua circulação na sociedade, colocando-o de modo responsável para com o mundo público” (Ministério da Justiça, 2010, p. 1-2).

Do mesmo modo, o Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária, publicado em 2015, estabelece que “a aplicação da medida de segurança deve visar, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, tendo como princípios norteadores o respeito aos direitos humanos, a desinstitucionalização e a superação do modelo tutelar, asilar e manicomial” (Ministério da Justiça, 2015, p. 21). Mais adiante, o plano é mais enfático no que deve ser feito, apresentando as seguintes demandas:

b) Elaborar projeto de extinção dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, assim como as alas de tratamento psiquiátrico, em parceria com o Judiciário local, com metas a curto, médio e longo prazos, sendo o longo prazo não superior a quatro anos, em respeito ao disposto na Lei 10.216/01, pela Resolução N° 5/2004 do CNPCP, Resolução N° 4/2010 do CNPCP e pela Resolução N° 113/2010, e Portaria 26, de 31 de março de 2011, ambas do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e Portaria n° 94/2014 do Ministério da Saúde.

c) No projeto de extinção, utilizar os hospitais de custódia como último recurso e, quando existentes, integrá-los à Rede de Atenção à Saúde do SUS, adequando-se aos padrões exigidos na Política Nacional de Saúde Mental do SUS e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social (Ministério da Justiça, 2015, p. 22).

Como se vê, o próprio Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária aponta para a extinção dos manicômios judiciários. No entanto, desde a publicação do referido plano, pouca coisa avançou no sentido de extinguir definitivamente essas instituições totais. As críticas ao modelo asilar de tratamento dos manicômios judiciários, apesar de inúmeras, são ainda insuficientes para o fechamento completo dessas instituições quase centenárias. Os relatos de violações advindas da academia, Ministério Público e controle social esbarram muitas vezes em entraves jurídico-psiquiátricos.

Nos manicômios judiciários, mais do que em outras, a mudança de paradigma ainda está engatinhando e nem mesmo a legislação tem dado respaldo suficiente às tentativas de alteração. Como já afirmamos anteriormente, imperam as algemas, as celas, a lógica da medicalização e da periculosidade da loucura. Tudo isso sendo legitimado por duas poderosas ciências: a psiquiatria e o direito.



Figura 11: Interno algemado utilizando telefone no CMP  
Fonte: Fotografia de Haroldo Caetano Silva<sup>47</sup> (2018).



Figura 12: Portão de uma das celas do CMP  
Fonte: Fotografia de Haroldo Caetano Silva (2018).

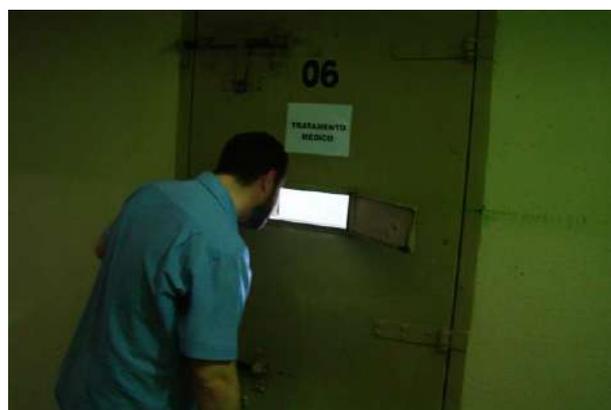


Figura 13: Sala para tratamento médico no CMP  
Fonte: Fotografia de Haroldo Caetano Silva (2018).

---

<sup>47</sup> Haroldo Caetano Silva é promotor de justiça em Goiás e um dos idealizadores do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) daquele estado, o qual detalhamos no capítulo cinco. Em 2009, Haroldo recebeu o Prêmio Innovare, demonstrando que é possível oferecer um acompanhamento eficaz e garantir a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários dos usuários (Caetano, 2016). Em 2018, ele esteve em Curitiba, quando realizamos, juntos, uma visita ao Complexo Médico Penal do Paraná (CMP) e ele fotografou as dependências da unidade – fotos que nos foram cedidas gentilmente.



Figura 14: Galeria do CMP  
Fotografia: Haroldo Caetano Silva (2018).



Figura 15: Interna no isolamento do CMP  
Fotografia: Haroldo Caetano Silva (2018).



Figura 16: Cella e tranca no CMP.  
Fotografia: Haroldo Caetano Silva (2018).

### 3. SR. LORIEL<sup>48</sup> – UM CASO PARA JAMAIS SER ESQUECIDO

*“Fora de mim, demônio,  
E expulso-me do galardão dos céus  
Como se fora possível  
Entrar na aurora inerte  
Um tosco pedaço de trevas  
Do dízimo que se oferta deveras.”  
(Loriel da Silva Santos)<sup>49</sup>*

Iniciamos o presente capítulo relatando três casos de internações em Manicômios Judiciários. Um deles ocorreu em 1953, outro em 1960 e o último em 2007. Qualquer semelhança *não* é mera coincidência, visto que tais instituições, segundo nossa tese, estão paradas no tempo e ignoram os avanços da Reforma Psiquiátrica. Mesmo depois de 50 anos entre o primeiro e o último caso, presenciamos situações muito parecidas.

#### Caso 1:

O lavrador Loriel, 56 anos, foi preso na manhã de ontem pela Polícia Militar sob acusação de matar a própria mulher, Angélica, 51, com a qual estava casado há quase 30 anos. O crime aconteceu por volta das 8 horas da manhã na residência do casal, no centro de um pequeno município do norte do Paraná. De acordo com a polícia, Angélica preparava o café quando o marido aproximou-se por trás e a esfaqueou no pescoço. O golpe teria atingido a jugular da vítima, matando-a quase que instantaneamente. Em seguida, Loriel avisou a vizinha que havia matado a esposa e disse que queria ser preso antes que alguém também o matasse. A polícia chegou à residência minutos depois e encontrou Loriel sentado na sala, imóvel. Ele não esboçou reação e acompanhou os policiais até a Delegacia da cidade. A reportagem não teve acesso ao interrogatório prestado por Loriel, mas um investigador contou que o lavrador teria afirmado que matara a esposa em atendimento a uma ordem dada pelo ‘coisa ruim’ (Silva, 2007).

---

<sup>48</sup> O nome original do acusado foi mantido sob sigilo. Escolhemos o nome Loriel para homenagear o poeta curitibano, classificado como “bipolar misto”, que passou por diversas internações e torturas policiais.

<sup>49</sup> Lembro-me de ter acompanhado Loriel, o poeta, quando atuei como psicólogo do Instituto de Defesa dos Direitos Humanos (IDDEHA). Sua relação com a família era conturbada, vindo a ficar em situação de rua por longos períodos. Tecia críticas aos manicômios, mas compreendia a necessidade da internação em momentos de crises. Em muitos dos atendimentos, chegou a pedir para ser contido. De forma semelhante, o protagonista dessa história também chegou a pedir ajuda aos profissionais de saúde do município. No entanto, conforme veremos, uma série de falhas no atendimento desencadearam no assassinato de sua esposa e na sua internação no Complexo Médico Penal do Paraná.

### Caso 2:

No dia 3 de julho de 1953, cerca das 21 horas, no interior de um barracão à rua dos Estampados, em Bangu, o denunciado, por motivo fútil e de surpresa, mediante recurso que dificultou ou tornou impossível a defesa da vítima, que dormia, agrediu com as mãos, punhos e instrumentos contundentes, sua amante M.G., prevalecendo-se de suas relações domésticas e de coabitação com a vítima, que faleceu em virtude das graves lesões recebidas (...). Na versão do acusado, relata que vivia com a amásia, nunca com ela brigado. Um mês antes do crime, sentia-se doente, ‘com dor de cabeça, zonzeira, não podendo dormir, com perturbação nas ideias, vendo vultos de gente, bichos, cachorros, cabritos, e ouvindo vozes, que lhe faziam, geralmente, ameaças de agarrar para fazer mal’. De uma feita, viu um vulto, ameaçando-o, com um revólver, ouvindo, então, um estalo e sentindo forte cheiro de pólvora. Falara com a companheira sobre isso e ela respondia que ‘estava ficando maluco’. Não conseguia trabalhar e ficava andando pela rua. Em certa ocasião, os companheiros ‘o aconselharam ir a um centro espírita, pois estava com um encosto (Contini, 1957, p. 160).

### Caso 3:

No dia 31 de dezembro de 1960, cerca das 21h15, no interior do apartamento sito na rua D. de D. n° 125, ap. 106, o denunciado desferiu golpes de faca contra sua amásia A. R. da C., matando-a como faz certo o auto de exame cadavérico (...). O acusado diz nada recordar do crime e não saber por que eliminou a amásia, pois não tinha motivos para assim proceder. Veio a tomar conhecimento de ter sido o assassino da vítima por intermédio da médica que o tratou em B.H. (...). Não se considera doente nem pensa que nas duas vezes em que foi internado estava louco, mas acredita que o que estava acontecendo consigo não era normal (Matta & Viana, 1966, p. 156-163).

As tragédias supracitadas têm em comum a presença de homens acusados de matar suas respectivas esposas, que, ao serem inquiridos sobre as motivações dos crimes, não se recordavam do momento do crime. Os três passaram por uma espécie de “apagão”, sem lembrança alguma, sintoma típico de surtos psicóticos, que podem ocorrer em decorrência de diversos fatores, tais como: consumo excessivo de álcool e outras drogas, depressões graves, transtorno bipolar, esquizofrenia, entre outras. Nas três situações, os acusados eram diagnosticados como esquizofrênicos paranoides.

Chama a atenção, ainda, a representação social do diagnóstico dos acusados associada a elementos sobrenaturais, como se o transtorno mental fosse algo místico. Nos três casos, a imagem da esquizofrenia foi vinculada à anormalidade, fruto de “encosto” ou do “coisa ruim”. Da situação antiga para a mais recente, passaram-se cerca de 50 anos e, mesmo assim, prevalece a incompreensão dos fenômenos da subjetividade humana por parte de grande parte da população. Uma tragédia é explicada não por questões do mundo dos homens, pela ciência, mas, sim, pela velha dicotomia cristã entre Deus e o “coisa ruim”, o bem e o mal, o anjo e o “encosto”.

O segundo e o terceiro caso constam nos laudos dos Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, publicados respectivamente em 1957 e 1966. Ambos retratam uma época em que pouca, ou quase nenhuma, outra forma de tratamento havia aos considerados louco-criminosos. Era um período de reavaliação dos manicômios judiciários, mas ainda muito distante de constituição de serviços substitutivos. Cerca de 40 anos depois de sua inauguração, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro – chamado agora de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho em homenagem ao psiquiatra, primeiro diretor e defensor de tais instituições em seus primórdios – começa a sofrer questionamentos mais duros.

Carrara (1998) argumenta que o próprio Heitor Carrilho, em 1951, ou seja, três anos antes de sua morte, apresentava propostas de modificação das finalidades dos manicômios judiciários. Naquele ano, defendeu que esta seria uma instituição “de cunho mais hospitalar” e, portanto, “não seria adequado ao abrigo das personalidades-psicopáticas”. Como proposta a essa população, defendeu a urgência na “construção das Casas de Custódia e Tratamento previstas pelo Código Penal de 1940, onde, em clima de terapia, educação moral e repressão, os anômalos morais poderiam cumprir sua medida-de-segurança” (Carrara, 1998, p. 197).

Cabe lembrar, conforme apresentamos no capítulo 1, que Heitor Carrilho foi, na década de 1920, um ferrenho defensor da construção de espaços adequados aos louco-criminosos, cuja finalidade, segundo o próprio autor, seria a correção moral dos anômalos. Depois de 40 anos, Carrilho passou a defender que alienados e anômalos morais recebessem tratamento em instituições separadas. Uma mudança significativa na postura de um dos principais idealizadores, teóricos e defensores dos manicômios judiciários no Brasil.

É também desse período a carta de Erasmo dos Santos Lima, interno do Manicômio Judiciário<sup>50</sup>, dirigida a Gustavo Corção, escritor da seção literária do jornal *O Estado de São Paulo*. Nela, o remetente argumenta que onde se encontra, existe predisposição em enquadrar os internos em termos técnicos da psiquiatria, o que implicaria numa situação perigosa à interpretação dos juízes. Segundo ele, os médicos não reconhecem a possibilidade de terem errado laudos e ignoram que muitos internos que cometeram pequenos delitos agiram de acordo com seus respectivos históricos e influenciados pelo meio ambiente. O autor diz que se encontra sob “regime ditatorial”, pois suas razões não recebem crédito, por estar interdito

---

<sup>50</sup> Essa carta encontra-se no acervo da Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro. Sabe-se que o autor cumpria medida de segurança em algum manicômio judiciário de São Paulo, mas a carta não cita em qual deles.

num hospital de louco. Reclama da quantidade de internos, que chega a setecentos, e da superlotação dos pátios (Lima, 1956).

Pensamos que, quanto a um tratamento de psicanálise, discutível, deveria ser aplicado em seção, para tal apropriada, na penitenciária da capital, sem que se viesse a ferir os direitos humanos e que não fosse uma fábrica de loucos. A promiscuidade aqui no manicômio é contraproducente. A psiquiatria aqui foge à sua finalidade. Acresce que, aqui, péssimos funcionários, talvez a minoria, vem a mancomunar-se com presos que propositadamente ou inconvenientemente (...). Quando enviam o parecer ao juiz, este, por sua vez, sente-se em situação difícil para decidir, pois lhe paira a dúvida: o parecer vem de um hospital de loucos, acrescido de termos técnicos que, por vezes, desconhece (Lima, 1956, p. 6-9).

Percebe-se a lucidez com que o interno descreve suas críticas ao manicômio judiciário e, em especial, à psiquiatria. Discorda da postura de funcionários e preocupa-se com a difícil tarefa dos juízes diante dos laudos respaldados por termos técnicos. Chega a dizer que se encontra sob regime ditatorial, com desrespeito aos direitos e sem direito à voz.

Tanto o segundo quanto o terceiro casos, citados no início do capítulo, datam de períodos próximos à carta de Erasmo dos Santos Lima e da reavaliação do público dos manicômios judiciários feita por Heitor Carrilho. Foram momentos de questionamentos e dúvidas sobre a eficácia de tais instituições. Apesar disso, elas perduraram mais longos 50 anos para abrigar o Sr. Loriei, protagonista da tragédia descrita no primeiro caso.

A situação vivenciada por Sr. Loriei é mais recente, ocorreu em 2007, no município em que reside. Tivemos a oportunidade de analisar de perto a relação emblemática dele com os serviços de saúde mental, entre eles o Complexo Médico Penal, onde ficou internado por quatro anos e meio, e a Rede de Atenção Psicossocial de um pequeno município do norte do Paraná, onde vem sendo acompanhado desde 2013.

O Sr. Loriei trabalhou a vida inteira como lavrador, teve cinco filhos com a Sra. Angélica, quando em janeiro de 2007 foi acusado de assassiná-la. O caso foi amplamente divulgado e chocou a pequena cidade no norte do Paraná, com cerca de seis mil habitantes. Conforme verificamos nas entrevistas, o assassinato passou a ser utilizado por profissionais e usuários como exemplo do quanto a “loucura” pode se associar a um crime, trazendo certa dificuldade de quebrar preconceitos e paradigmas relacionados à saúde mental.

Sua história de vida foi resgatada a partir de entrevistas com o próprio Sr. Loriei, familiares e profissionais de saúde que o acompanharam antes e depois da morte da sua esposa. Também analisamos o prontuário e o processo judicial que o levaram à prisão, bem

como observamos sua participação no grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, cujos encontros ocorrem semanalmente, às terças-feiras. Ao todo, foram realizadas dez entrevistas: o próprio Sr. Loriei; dois familiares, o irmão e a cunhada<sup>51</sup>; e sete profissionais de saúde, três que o acompanham atualmente, um do período em que ele retornou do internamento no CMP e três da época da tragédia, assim caracterizados:

1. Psicóloga 1 – psicóloga que trabalhou no município entre 2003 e 2013. Uma das idealizadoras do projeto “Bem-me-quer” na UBS, cuja finalidade é acolher os usuários seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica. Soube do caso depois do assassinato de Angélica, mas não chegou a fazer atendimento ao Sr. Loriei. Acompanhou a situação de longe.
2. Psicóloga 2 – psicóloga que trabalhou como técnica entre novembro de 2006 e abril de 2007. Antes disso, acompanhou por seis meses, enquanto aluna, um projeto de extensão desenvolvido em parceria com a Secretaria de Saúde do município, cujo objetivo foi fortalecer a rede substitutiva, oferecendo oficinas e trabalhos em grupo com os usuários da UBS. Realizou atendimento com o Sr. Loriei e sua esposa Sra. Angélica um mês antes do assassinato.
3. Psicóloga 3 – psicóloga que trabalhou no município entre maio de 2007 e setembro de 2016. Foi contratada quatro meses depois do assassinato. Somente em 2013 começou a acompanhar o Sr. Loriei, quando ele saiu do CMP e retornou ao município, passando a frequentar o grupo de usuários da UBS.
4. Médico – médico do Programa Saúde da Família (PSF) que visitou o Sr. Loriei na cadeia, logo depois do assassinato, para prescrever os medicamentos que ele já fazia uso.
5. Psicóloga 4 – psicóloga da UBS que acompanha atualmente o Sr. Loriei e é uma das coordenadoras do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, com encontros semanais às terças-feiras.
6. Assistente Social – assistente social da UBS que realiza visitas domiciliares na residência do irmão do Sr. Loriei, onde ele mora atualmente. É também uma das coordenadoras do grupo “Bem-me-quer”.

---

<sup>51</sup> Tentamos também entrevistar uma irmã, mas ela se negou a falar sob o argumento de que o caso “foi motivo de muito sofrimento à época”.

7. Técnica de Enfermagem – técnica de enfermagem da UBS atualmente. Moradora do município, que acompanha a família do Sr. Loriei.
8. Cunhada – cunhada do acusado.
9. Irmão – irmão do acusado.
10. Sr. Loriei.

A partir das entrevistas, pudemos reconstruir o percurso da relação do Sr. Loriei com os serviços de saúde mental, desde o primeiro atendimento, em 14 de dezembro de 2006, cerca de um mês antes do assassinato, até outubro de 2017. Os primeiros contatos foram realizados inicialmente por telefone. Depois de agendadas as entrevistas com os profissionais do município, fizemos o contato telefônico com os familiares de Sr. Loriei, que prontamente se prontificaram a ceder as informações necessárias à produção do presente trabalho.

Todas as entrevistas foram gravadas e a abordagem aos participantes ocorreu de forma a não interferir na autonomia das decisões dos sujeitos e responsáveis. Todos foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e informados que a participação na pesquisa é totalmente voluntária, podendo o entrevistado recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isso acarretasse qualquer ônus ou prejuízo. Foram informados também de que os conteúdos coletados seriam tratados com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar as identidades deles. Receberam ainda esclarecimentos sobre possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo. No entanto, a pesquisa enquadra-se naquelas classificadas como tendo “risco mínimo”, pois não houve nenhuma intervenção ou modificação intencional nos elementos fisiológicos, psicológicos ou sociais.



Figura 17: *O palestrante depois do jantar* (1869) – Louis Wain<sup>52</sup>  
Fonte: Universia Brasil (2017).

### 3.1 UM PEDIDO DE AJUDA: “OS OBJETOS FALAM COMIGO”

A psicóloga 2 acompanhou o projeto “Bem-me-quer” enquanto extensão universitária, organizado pelo GEPHE. Ingressou como técnica da UBS em novembro de 2006, onde permaneceu até maio de 2007. Foi responsável pelo primeiro atendimento do Sr. Loriel em 14 de dezembro de 2006. O usuário disse que estava ouvindo vozes, caracterizando quadro de “delírios e alucinações”. O paciente relatou que conversava com alguns objetos e materiais inanimados, como, por exemplo, quando, ao abrir a geladeira, a carne manifestava-se e falava algumas coisas com ele. De acordo com a psicóloga, algumas vozes eram de comando, dizendo para ele fazer determinadas coisas, mas nenhuma delas direcionada à sua esposa.

O encontro ocorreu pouco antes do recesso coletivo de final de ano e, na ocasião, a esposa, que participou do atendimento, disse que o patrão do paciente iria financiar uma consulta com um psiquiatra e que ela já estaria sendo agendada. Diante desse comunicado da esposa, a profissional não se preocupou em encaminhá-lo a um psiquiatra vinculado ao SUS.

---

<sup>52</sup> Louis Wain (1860-1939) foi um artista britânico conhecido por seus desenhos, que caracterizavam antropomorfismo de gatos com grandes olhos. Louis sofria de esquizofrenia e passou os últimos 15 anos de sua vida em instituições psiquiátricas (Universia, 2017).

A psicóloga disse que poderia tê-lo encaminhado a um psiquiatra da rede de saúde, mesmo depois de sua esposa dizer que uma consulta particular estava sendo articulada, mas por “falta de experiência” (palavras dela) acabou não encaminhando. Segundo ela, caso ele tivesse acompanhamento de um especialista, talvez o assassinato pudesse ter sido evitado. Nas próprias palavras da profissional:

Hoje eu vejo que numa situação como essa temos que ter um acompanhamento mais próximo. Entender se realmente houve as consultas [particulares], se está tendo acompanhamento. Naquela época, em vias de ter o recesso de férias, ficou por isso mesmo. Depois disso avaliei que, devido à falta de experiência, acabei não encaminhando (Psicóloga 2, comunicação pessoal, outubro 15, 2017).

As dificuldades relacionadas ao diagnóstico nosológico<sup>53</sup>, justamente por abarcar a complexidade da subjetividade humana, podem servir, muitas vezes, de amparo aos examinadores, retirando a responsabilidade destes em realizar o diagnóstico adequadamente. As eventuais críticas que tenhamos aos exames de sanidade mental, diagnóstico nosológico ou qualquer outro termo cujo objetivo seja verificar quais as condições psicológicas do paciente não podem, em hipótese alguma, justificar possíveis descompromissos com as avaliações psicológicas. Mesmo considerando os limites dos diagnósticos, eles são fundamentais para garantir o acesso aos serviços que permitem ao paciente manejar seu cotidiano mesmo em situações de transtorno mental. A partir do diagnóstico, o usuário pode se beneficiar da Rede de Atenção Psicossocial e usufruir de toda tecnologia necessária para manter seus vínculos familiares e sociais, evitando danos a si mesmo e às pessoas de seu convívio.

No caso do Sr. Loriel, quando ele relatou escutar “voz de comando”, não caberia à psicóloga deferir o diagnóstico com enquadramento nos manuais psiquiátricos, pois, em primeiro lugar, tal tarefa só pode ser empreendida por um psiquiatra e, em segundo lugar, a primeira entrevista não é suficiente para a explicitação de um quadro clínico complexo. Não podemos afirmar que houve erro ou falha de diagnóstico por parte da psicóloga, pois nem sequer o exame foi realizado. Ela apenas suspeitou de que as “vozes de comando” poderiam significar delírios e alucinações. Também não é possível afirmar categoricamente que a

---

<sup>53</sup> Coube principalmente à Psicologia a construção de um arcabouço teórico, instrumentos e técnicas capazes de adaptar as pessoas em diferentes espaços de atuação, como as indústrias e as escolas. Uma série de normas de comportamento passou a ser considerada aceita e outras repudiadas. Não é sem importância que a principal atividade privativa do psicólogo, descrita na Lei nº 4.119/62, é a “utilização de métodos e técnicas psicológicas” com os seguintes objetivos: “diagnóstico psicológico, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento” (Lei nº 4.119, 1962, p. 2).

negligência em encaminhá-lo a um psiquiatra foi o elemento-chave que culminou no assassinato da esposa do Sr. Loriei. Muitas variáveis determinam um fenômeno social, sendo impossível atribuir a um único elemento a responsabilização pela totalidade. No entanto, se ele estivesse frequentando semanalmente o grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, vinculado à Rede de Atenção Psicossocial, seu quadro psicológico tenderia a estar mais estável e ele teria mais condições de manejar adequadamente sua situação de transtorno mental. Se isso seria suficiente para impedir o assassinato de sua esposa não temos como responder, mas certamente a estabilidade no quadro clínico do Sr. Loriei contribuiria para aumentar as chances de sobrevivência da Sra. Angélica.

A RAPS é, sem dúvida, o espaço privilegiado para construção de mecanismos que garantam a estabilidade psicológica de pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico. Não se trata de “cura” ou de “defender a sociedade da imprevisibilidade dos loucos”, mas, sim, de construir com os sujeitos, familiares e comunidade em geral ambientes saudáveis e estáveis, a fim de evitar o preconceito e a exclusão como princípios de tratamento.

O Sr. Loriei procurou ajuda para que pudesse lidar com as vozes de comando. Uma rede bem estruturada, com profissionais qualificados, estrutura adequada e princípios humanos enraizados garante, seguramente, a permanência de pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico convivendo perfeitamente no núcleo familiar e comunitário.

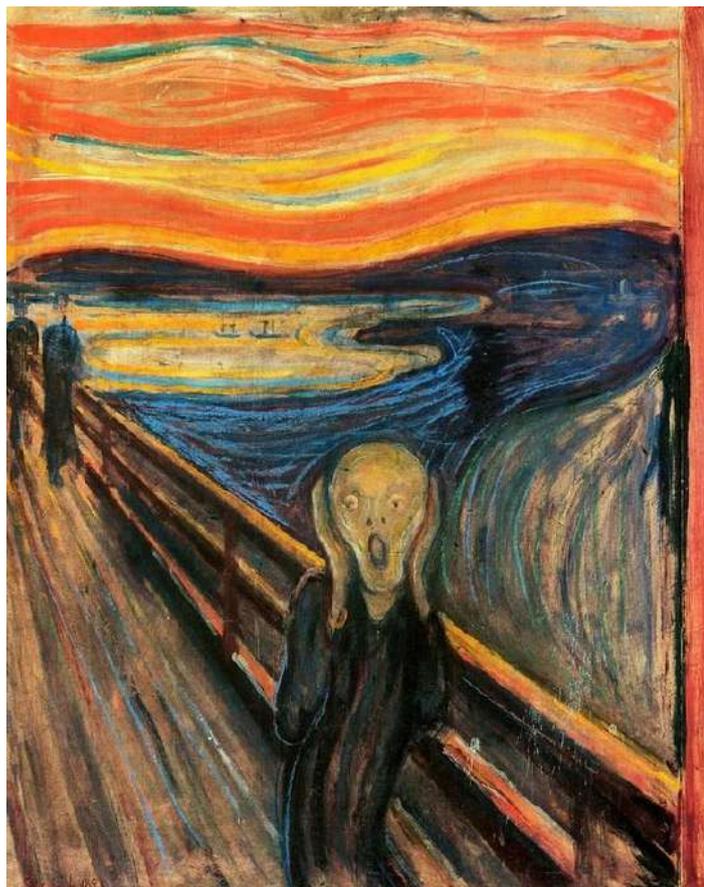


Figura 18: *O grito* (1893) – Edvard Munch<sup>54</sup>  
Fonte: Saber Cultural (2012).

### 3.2 O ANTIDEPRESSIVO E SEUS EFEITOS COLATERAIS

A psicóloga 1 foi a profissional que coordenou o grupo de saúde mental “Bem-me-quer” ainda enquanto projeto de extensão universitária. No período em que ocorreu a tragédia, ela era uma das psicólogas do município. A entrevista com ela foi reveladora de mais um ponto polêmico acerca do acompanhamento do Sr. Loriel pelos profissionais da RAPS. Na primeira consulta, constataram que ele não fazia uso de antipsicótico, como seria o recomendado para quem passa por situação de delírios e alucinações, mas, sim, de medicamento antidepressivo ou ansiolítico. De acordo com a Psicóloga 1,

---

<sup>54</sup> Edvard Munch (1863-1944) foi um pintor norueguês que expressou na obra *O grito* uma figura andrógina em momento de angústia e desespero. A dor do grito está presente não só no personagem, mas também no fundo, com destaque às pessoas que observam o sujeito e nada fazem para acalantar seu desespero.

[...] o Sr. Loriei estava fazendo uso de uma medicação que tinha sido prescrita pelo médico, que, se não me engano, era fluoxetina ou diazepam – um ansiolítico ou antidepressivo (Psicóloga 1, comunicação pessoal, outubro 13, 2017).

Os medicamentos prescritos, segundo a entrevistada, seriam indicados para pacientes com depressão ou que passem por crises de ansiedade e não para pacientes diagnosticados com esquizofrenia paranoide<sup>55</sup>. Ela ressalta que esse equívoco pode ter contribuído para a desestabilidade psíquica do acusado.

A psicóloga relata que a atitude do Sr. Loriei, no momento da tragédia, é típica de um surto. Logo depois de “cortar o pescoço da esposa”, ele teria saído de casa gritando e pedindo ajuda. Segundo ela, houve comoção na cidade até a prisão do acusado. No dia seguinte ao fato, ela atendeu ao filho do casal, com cerca de 18 anos à época. Apesar de muito abalado emocionalmente pela perda da mãe, o rapaz tinha consciência de que “se tratava de uma doença” e não de um crime.

Outro ponto a ser destacado na entrevista com a psicóloga 1 diz respeito às crenças populares sobre o transtorno mental. No início de janeiro de 2007, consta que Sr. Loriei teria visitado um curandeiro, por orientação de uma autoridade política local. A “sessão espiritual” não teria surtido efeito, por isso uma consulta com um psiquiatra estaria agendada para 25 de janeiro de 2007. A consulta não chegou a ser concretizada, visto que a tragédia foi pouco antes dessa data.

Segundo ela, logo depois do assassinato de Angélica, o médico e a psicóloga 2 deslocaram-se até a cadeia na qual o acusado estava preso, fato que foi confirmado por ambos. A visita teve por objetivo renovar as receitas dos medicamentos e verificar o estado de saúde do Sr. Loriei. Na ocasião, os técnicos de saúde constataram que ele estava “menos delirante” e que os demais privados de liberdade “até cuidavam dele”.

---

<sup>55</sup> O Diazepam não é recomendado para tratamento primário de doença psicótica. Nas reações adversas da bula, consta que o uso do medicamento pode causar “inquietude, agitação, irritabilidade, agressividade, ilusão, raiva, pesadelo, alucinações, psicoses, comportamento inapropriado e outros efeitos comportamentais” (Diazepam, 1999). O cloridrato de fluoxetina, popularmente conhecida como fluoxetina, é indicado para tratamento de depressão monopolar, ou seja, aquele tipo de depressão em que o estado de humor deprimido é profundo e intenso, diferente da depressão bipolar, em que há alternância entre fases depreciativas e fases de euforia. A depressão monopolar é caracterizada por uma tristeza duradoura e anedonia – perda da capacidade de sentir prazer em coisas que normalmente levam ao prazer. No que diz respeito às consequências do uso da Fluoxetina, não muito distante das reações adversas do Diazepam, os sintomas podem incluir “alterações do estado mental (por exemplo, agitação, alucinações, *delirium* e coma) (...)”. A bula adverte, ainda, que seu uso pode aumentar o risco potencial para ideias e comportamentos suicidas em pacientes pediátricos e adultos jovens (Cloridrato de Fluoxetina, 1999).

A psicóloga 1 disse que a psicóloga 2 não chegou a ficar um ano no município, que teria saído para fazer intercâmbio no exterior. Logo que ela pediu exoneração, a psicóloga 3 ingressou em seu lugar. Esta teria informado que, no momento em que Sr. Loriel saiu da cadeia, a cunhada (irmã da Sra. Angélica) não queria ficar com ele, visto que o filho dos protagonistas da tragédia estava morando na mesma residência que ela. Ou seja, a cunhada achou por bem não deixar o Sr. Loriel ficar em contato com o filho, o que demonstra a dificuldade em manter os vínculos familiares depois do trágico acontecimento.

A profissional diz que apesar de toda a tragédia, o caso do Sr. Loriel demonstra a importância da RAPS ser o espaço privilegiado de atenção às pessoas com transtornos mentais. Mesmo considerando que houve falhas, como o não encaminhamento ao psiquiatra depois da primeira consulta e a prescrição equivocada de medicamentos, ainda assim, hoje ele é acompanhado pela rede do município. Caso não houvesse essa alternativa, se fosse antes da Reforma Psiquiátrica, ele poderia estar encarcerado no manicômio judiciário, com sua “morte civil decretada”.

Segundo a psicóloga 2, o município com 6.000 habitantes não conta hoje com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), tem apenas uma Unidade Básica de Saúde (UBS), duas equipes de Programa Saúde da Família (PSF) e um hospital municipal com 25 leitos. Não há equipamentos específicos da saúde mental, mas o município conta um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)<sup>56</sup> local, inclusive, no qual ocorre as reuniões do grupo “Bem-me-quer”.

O fluxo de trabalho da equipe da saúde ocorria de forma salutar. O médico sempre encaminhava, às psicólogas, os casos que julgava como sendo de sofrimento psíquico. Segundo a psicóloga 1, o médico teria sido o responsável pelo primeiro atendimento ao Sr. Loriel, que posteriormente o teria encaminhado à Psicóloga 2. Se isso ocorreu, de fato, ele possivelmente foi o profissional que receitou antidepressivo em vez de antipsicótico.

Para essa profissional, a tragédia poderia ter sido evitada. Com o uso da medicação correta, com o diagnóstico adequado e com o acompanhamento pela rede, ele poderia ter permanecido estável, considerando que o Sr. Loriel avisou que recebia vozes de comando. Como conclusão, ela ressalta a importância do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, que valoriza o vínculo entre equipe e usuários. Espaços como esse são fundamentais para

---

<sup>56</sup> Equipamento do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que compõe a rede intersetorial de saúde mental.

conhecer as demandas e partilhar convivências, com vistas à prevenção de crises e à promoção da saúde.

A entrevista com o médico trouxe poucos dados novos. Ele disse não se lembrar de atendê-lo antes da tragédia. Realizou apenas um atendimento durante a visita na cadeia, onde esteve com a psicóloga para atualizar a receita de medicamentos<sup>57</sup> e averiguar o estado de saúde do acusado. Na ocasião, mostrou-se “compreensivo, nada agressivo e aberto a todas as perguntas”.

Argumenta que seu papel, enquanto médico do Programa Saúde da Família (PSF), no que diz respeito às pessoas com transtornos mentais, era renovar as receitas e encaminhar para os psiquiatras. Segundo ele, a tragédia poderia ter sido evitada se houvesse “um psiquiatra mais presente e uma equipe multidisciplinar que o acompanhasse”. Diz não ter grande experiência com manicômios judiciários, mas, pelo pouco que sabe, eles não são os melhores lugares para tratamento em saúde mental.

No processo judicial do Sr. Loriel, consta que ele fazia uso de Fluoxetina e Cloridrato de Clomipramina<sup>58</sup>. No termo de interrogatório (folha 42), apresenta-se o seguinte:

Que o interrogado alega ter problemas de “depressão” e que, por isso, não se recorda como o fato reportado na denúncia ocorreu; que não tinha desentendimentos com a sua esposa Angélica, ora vítima; que em razão de seu problema de saúde o interrogado faz uso dos medicamentos “CLO” (Cloridrato de Clomipramina) e “FLUOX” (Fluoxetina), cujas embalagens exibiu nesta oportunidade; que se consulta com um médico do hospital, mas não sabe dizer o nome dele ou a respectiva especialidade; que em razão de seu problema de saúde o interrogado, por vezes, pernoitava em casas de amigos e vizinhos por medo de ser assassinado; que não sabe dizer quem teria intenção de matá-lo, nem qual seria o respectivo motivo; que algum tempo atrás a irmã do interrogado mencionou que iria interná-lo, com o que o interrogado concordou, mas isso acabou por não ocorrer; que não sabe em que local seria internado; que atualmente não está trabalhando em razão de um problema no ombro.<sup>59</sup>

Nota-se que o Sr. Loriel chegou a mostrar as embalagens dos remédios aos investigadores, ou seja, ele de fato fazia uso desses medicamentos. A apresentação das embalagens confirma a suspeita da psicóloga 1 de que a prescrição medicamentosa estava errada, que ele fazia uso de antidepressivo quando na realidade seu diagnóstico requereria o uso de antipsicótico. Mais grave ainda é saber que o manuseio equivocado pode ter

---

<sup>57</sup> Quando perguntado sobre quais foram os medicamentos receitados, ele disse não se lembrar.

<sup>58</sup> No processo não consta o uso de Diazepam, mas é possível que fizesse uso sem ter sido relatado nos depoimentos.

<sup>59</sup> Não citamos a referência do processo judicial e alteramos o nome original da esposa para preservar os envolvidos.

desencadeado as “vozes de comando”, conforme as respectivas bulas apresentam como “efeitos colaterais”.

O fabricante do Cloridrato de Clomipramina alerta aos usuários que “foi observada ocasionalmente indução de psicoses em pacientes com esquizofrenia que utilizaram antidepressivos tricíclicos” (Cloridrato de Clomipramina, 1999, p. 5). Ou seja, é possível que pacientes com esquizofrenia (caso do Sr. Lorie) tenham desencadeado psicoses a partir do uso desse antidepressivo. Assim como o Diazepam e a Fluoxetina, o Cloridrato de Clomipramina tem efeitos colaterais danosos para usuários com diagnóstico de esquizofrenia e apresentam inclusive a possibilidade de induzir a psicoses.

Como podemos perceber, tanto o Diazepam quanto o Cloridrato de Clomipramina e a Fluoxetina não são medicamentos recomendados para tratamento de esquizofrenia paranoide – quando há a presença da “voz de comando”. Um é indicado para tratamento de crises de ansiedade e os outros para tratamento de depressão monopolar. Mesmo se a prescrição estivesse correta, ainda assim existiria a possibilidade de o Sr. Lorie apresentar sintomas descritos nas bulas, como agressividade, alucinação, delírio e psicose, reações intimamente ligadas aos que possivelmente estivessem presentes no momento do assassinato de sua esposa.

Após a tragédia, o Sr. Lorie ficou preso em cadeia pública por dois anos e meio. Depois, foi encaminhado ao Complexo Médico Penal do Paraná para realização do exame de sanidade mental, onde foi confirmada – ao menos aos olhos do psiquiatra e da psicóloga que os examinaram – a presença de esquizofrenia paranoide. O laudo descreve que “um médico clínico prescreveu-lhe medicamentos para ‘depressão’ – Fluoxetina e Cloridrato de Clomipramina –, porém *seus sintomas não melhoraram, pelo contrário, se acentuaram*” (folha 76 – grifo nosso).

A afirmação de que os sintomas “não melhoraram”, mas, ao contrário, “se acentuaram” levanta ainda mais suspeitas sobre a possibilidade dos efeitos colaterais dos medicamentos terem induzido à presença das vozes de comando. Os examinadores concluíram que a administração equivocada dos antidepressivos acentuaram os sintomas psicóticos. Nas próprias palavras do laudo: “não houve remissão do quadro – ‘o remédio não controlava’; no período noturno, *a sintomatologia se exacerbava* e o examinando era socorrido pelo vizinho” (folhas 76 e 77 – grifo nosso). Atualmente, cerca de dez anos depois

da tragédia, não podemos confirmar tal suspeita, mas a pergunta que fica é a seguinte: Se o Sr. Loriel tomasse os medicamentos corretos, será que sua esposa ainda estaria viva?

Essa pergunta, por óbvio, não pode ser respondida com exatidão. No entanto, ao que tudo indica, os remédios foram fundamentais no fenômeno da morte da Sra. Angélica. Desde o retorno do Sr. Loriel ao município, em 2013, ele faz uso de antipsicóticos e não antidepressivos, sendo considerado um paciente estável, sem a presença de vozes de comando, com autonomia e relações sociais estabelecidas. Por óbvio, a atual estabilidade dele não é fruto somente da correta prescrição de medicamentos, mas também da participação no grupo de saúde mental e do acompanhamento periódico dos profissionais da saúde do município. Porém, não podemos descartar a contribuição da correta administração dos antipsicóticos.

As críticas à indústria farmacêutica, conforme citamos anteriormente, decorrem principalmente do interesse econômico por trás da massificação do uso, tendo como consequência o aumento da dependência orgânica e psíquica dos psicotrópicos. O poder dessas empresas é sem igual, pois influencia corpos, cria doenças e realiza pesquisas para confirmar seus interesses. Apesar disso, a correta administração dos medicamentos pode contribuir para estabilizar determinado sintoma e contribuir para que o paciente mantenha seus vínculos familiares e comunitários.



Figura 19: *A extração da pedra da loucura* (1501) – Hieronymus Bosch<sup>60</sup>  
Fonte: Arquivo Público (2017).

### 3.3 A PRISÃO ARBITRÁRIA DO SR. LORIEL

Vimos, até aqui, que a psicóloga 2 poderia ter encaminhado o Sr. Loriel a um psiquiatra imediatamente após ele ter relatado ouvir vozes de comando, reconhecendo que “o erro decorreu da pouca experiência à época”. Vimos também, nas entrevistas e no processo judicial, que a prescrição do medicamento não condizia com o quadro clínico de esquizofrenia, já que ele deveria fazer uso de antipsicótico e não de antidepressivo. Tais falhas, cometidas por profissionais de saúde, representantes do Estado, podem ter contribuído para a morte da Sra. Angélica.

Enfatizamos que os profissionais de saúde são representantes do Estado para explicitar uma importante contradição no desfecho do fenômeno da morte da esposa do Sr. Loriel. O mesmo Estado que falhou em oferecer um tratamento adequado quando ele

---

<sup>60</sup> *A extração da pedra da loucura* (1501), de Hieronymus Bosch (1450-1516), representa uma operação cirúrgica que se realizava durante a Idade Média. Acreditava-se que os loucos tinham uma pedra na cabeça e ao retirá-la a loucura também seria retirada. É importante destacar que não se tratava de um erro médico, mas, sim, de uma crença que implicava em uma prática comum à época. Num olhar mais detalhado da obra, podemos perceber que não está sendo extraída uma pedra e, sim, uma flor, algo vivo e símbolo da beleza. Críticos acreditam que Bosch está na realidade colocando em xeque a crença da época (Arquivo Público, 2017).

procurou os serviços de saúde, é aquele que o prendeu, o julgou e o excluiu da sociedade depois da tragédia. Ele ficou “internado” por quatro anos e meio no Complexo Médico Penal do Paraná, uma instituição vinculada ao Sistema Prisional, sob o argumento de receber “tratamento”.

No exame de sanidade mental, folha 78 do processo judicial, a psicóloga e o psiquiatra, profissionais que assinam o laudo, sugerem que o Sr. Loriel receba tratamento ambulatorial e não seja direcionado ao CMP. Argumentam os examinadores:

Recomendamos que seja submetido a continuado e adequado tratamento de enfoque biopsicossocial, preferencialmente em regime ambulatorial, resguardando os internamentos para os episódios de reagudização.

Tal recomendação decorre do fato de que o paciente tem condições de conviver em sociedade e o regime ambulatorial seria, segundo os profissionais, o mais adequado para o Sr. Loriel. No entanto, mesmo diante da recomendação, a sentença do juiz levou em conta a solicitação do Ministério Público (folha 121), que contrariou a indicação do laudo dos técnicos da saúde, recorrendo à equiparação do paciente psiquiátrico ao preso comum. Assim defendeu a promotoria:

Não obstante os peritos tenham indicado preferencialmente o tratamento em regime ambulatorial cumpre observar que, *in casu*, o crime praticado pelo acusado é o de homicídio qualificado, punido com pena de reclusão, por conseguinte, a internação é obrigatória por lei.

Com efeito, o art. 97, do Código Penal, prevê ao caso a medida de internação, pois o fato praticado é punível com pena de reclusão, e o tratamento ambulatorial só é possível em caso de crime punido com detenção.

E assim foi feito, uma vez que o Sr. Loriel ficou recluso em celas do CMP, circulou algemado pelas dependências da instituição e foi privado de liberdade e da convivência com amigos e familiares por longos quatro anos e meio. Nesse período, não recebeu nenhuma visita, pois a distância do pequeno município no norte do Paraná a Curitiba é de 422 km, talvez impossibilitando o deslocamento dos familiares.

Quando ele retornou ao município, em 2013, estava abatido, apático e com dificuldades de se comunicar. A reclusão por tempo estendido e as condições precárias de vida no interior do CMP trouxeram como consequência o prejuízo no trato social. A psicóloga 3, que o acompanhou nessa época, relata que

Ele chegou bem mais contido, sem falar, o andar dele era bem cronificado. Quando começou no grupo [Bem-me-quer] ele tinha dificuldade para manusear os materiais do trabalho, tinha a mão grosseira e os dedos grosseiros. No grupo, a gente faz coisas pequeninhas. Percebi diferença também na parte afetiva. Ele não ria e não falava. Nem o café ele aceitava. (Psicóloga 3, comunicação pessoal, outubro 14, 2017).

A psicóloga afirma que, diante do trabalho desenvolvido no grupo, gradativamente ele passou a interagir melhor. Essa diferença entre 2013, quando o Sr. Loriel saiu do CMP, e os anos posteriores foi confirmada nas entrevistas com o irmão e a cunhada do paciente. Ambos disseram que hoje ele está “bem melhor” do que o momento em que ele saiu do manicômio judiciário.



Figura 20: Sem título (s/d) – Maria do Socorro Santos<sup>61</sup>  
Fonte: ArteemTer (2010).

<sup>61</sup> Maria do Socorro Santos (1953-2005) foi uma pintora e militante da luta antimanicomial. Durante a vida, sofreu uma série de preconceitos por ser mulher, negra, retirante, pobre, sem família e de baixa escolaridade. Maria foi internada 20 vezes em hospitais psiquiátricos, onde sofreu todas as violações possíveis. A partir do final dos anos 1990, passou a pintar e, nas oficinas de um CAPS, no Rio de Janeiro, sua arte ganhou maior dimensão (ArteemTer, 2010).

### 3.4 O RETORNO AO TERRITÓRIO

Atualmente, o Sr. Loriel é acompanhado pelo grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, em funcionamento no município desde 2006. Os encontros são semanais e ocorrem todas as terças-feiras e contam com a coordenação de uma psicóloga e uma assistente social, que oferecem oficinas manuais e rodas de conversas aos usuários. O Sr. Loriel é sempre o primeiro a chegar aos encontros, realiza todas as atividades, participa do lanche comunitário, pede ajuda para a realização das atividades quando necessário, comunica-se e interage com os demais participantes.

A entrevista com a psicóloga 3 ocorreu em 14 de outubro de 2017. Ela teve contato com o Sr. Loriel a partir de 2013, quando ele recebeu alta do CMP e passou a frequentar o grupo de saúde mental “Bem-me-quer”. Ela era a psicóloga da UBS à época.

Atuou no pequeno município do norte do Paraná desde maio de 2007, ou seja, poucos meses depois da tragédia, até setembro de 2016. Segundo ela, logo que ingressou no serviço público, ficou sabendo da situação do Sr. Loriel. Por ser um município pequeno, é comum “as pessoas falarem: esses são os loucos da cidade”. Relata que o caso ficou marcado e trouxe dificuldades para a defesa da RAPS, pois, sempre quando divulgava a importância da não criminalização das pessoas com transtornos mentais, tentando desmistificar a loucura e a periculosidade, as equipes de saúde e a população em geral utilizavam a morte da Sra. Angélica como exemplo negativo.

Logo que o Sr. Loriel retornou ao município, uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) chegou a se negar a atendê-lo. Segundo a psicóloga 3, na ocasião, a equipe dedicou reuniões para decidir o que fazer e como realizar o atendimento. Foi necessário um processo de formação e convencimento à ACS para que esta pudesse realizar as visitas domiciliares sem que tivesse medo de ser atacada. Ela era a responsável por entregar os convites pessoalmente aos potenciais usuários do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, mas demorou um pouco para que a profissional se sentisse segura em se aproximar do Sr. Loriel.

Sobre a família, diz que o Sr. Loriel tem cinco filhos, mas que apenas um deles reside no município. A maioria deles é casada e atualmente não têm contato com o pai. A morte da Sra. Angélica desestabilizou por completo a situação familiar. Muitos foram apontados nas ruas como “parentes do assassino”. Tal situação demonstra a dificuldade de manter os vínculos territoriais e familiares em situações limítrofes. De fato, a tendência popular em momentos trágicos é isolar o suposto “culpado” para evitar que novos eventos semelhantes

voltem a ocorrer. Pelos relatos apresentados até aqui, está explícito que houve repúdio da população e até mesmo de familiares ao comportamento do Sr. Loriei, ignorando sua situação de sofrimento psíquico.

A psicóloga relata que ele é um senhor idoso, com afeto “bem embotado” e de pouca conversa. Foi difícil trazê-lo ao grupo de saúde mental “Bem-me-quer”. Começou a participar somente depois de muita insistência. Atualmente, não falta ao grupo, sempre está presente, chega antes e sai somente após o horário de encerramento das atividades. Não gosta de jogos e eventos festivos, como Natal e festa junina. A psicóloga acredita que seja por questões religiosas. Ela suspeita que ele frequente a igreja “congregação”.

Segundo a profissional, hoje ele é autônomo, anda livremente pela cidade, administra sozinho seu medicamento Risperidona<sup>62</sup>, “uma medicação de alto custo, que é distribuída pela regional de saúde”. Para ter acesso ao remédio, o Sr. Loriei dirige-se à UBS e o retira diretamente com a psicóloga, que aproveita para se situar sobre a condição psíquica do usuário.

Assim como os demais profissionais entrevistados, a psicóloga 3 também nunca conversou com o Sr. Loriei sobre a tragédia de 2007. Ele não fala sobre o assunto no grupo e a equipe achou melhor não conversar sobre o tema.

Ela concorda que a morte da Sra. Angélica poderia ter sido evitada. Relata ensinamentos da Professora Maria Lucia Boarini, que sempre dizia em aula que “não se pode vacilar”, que é necessária uma escuta rigorosa, que acompanhe cada um dos usuários a partir de suas demandas específicas, sem esquecer o conjunto. No caso do Sr. Loriei, houve falhas por parte dos profissionais, que se não tivessem ocorrido, poderiam ter evitado o pior. Talvez se ele participasse do grupo “Bem-me-quer” antes do evento, seu quadro clínico estivesse mais estável. Não sabe se poderia ter evitado a tragédia, mas seria uma oportunidade para observá-lo mais de perto, ter percebido se estava delirando e se precisava de acompanhamento psiquiátrico.

A psicóloga que atualmente acompanha o Sr. Loriei e coordena o grupo de saúde mental “Bem-me-quer” é a psicóloga 4. A entrevista com ela foi realizada em 7 de novembro de 2017, período em que tivemos a oportunidade de acompanhar também um encontro do grupo e entrevistar familiares e atuais profissionais da rede de saúde do município.

---

<sup>62</sup> Antipsicótico indicado para casos de psicoses delirantes, como a esquizofrenia.

A profissional relatou que sabe sobre a tragédia a partir de outros membros da equipe de saúde, principalmente por meio da psicóloga 3, que era contratada como responsável pela saúde mental no período que trabalharam juntas. Ela ingressou como servidora em março de 2013, como psicóloga ambulatorial. Somente em 2015 passou a participar do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, momento em que Sr. Loriel já frequentava as suas atividades.

Reforçando o que falaram os outros entrevistados, disse que ele é um usuário muito autônomo.

Ele é o que chamamos de paciente que não dá trabalho, não tem problemas para tomar a medicação, aceita consulta com psiquiatra. No grupo, ele não falta. Entendeu que depois de sair do manicômio teria que fazer todo um trabalho. Suas consultas com o psiquiatra são a cada 120 dias e quando a data está próxima ele pergunta no grupo sobre ela (Psicóloga 4, comunicação pessoal, novembro 7, 2017).

Muitos elementos que ela relatou também foram apresentados pelos demais entrevistados: não fala muito, é uma pessoa “fechada”, vem se abrindo cada vez mais, chega cedo aos encontros do grupo e não costuma faltar. No início, não participava nem do café, mas hoje é possível extrair várias informações e manter certa interação. Hoje ele se mantém estável, toma os medicamentos adequadamente e não tem mais crises.

Sobre o período que ficou internado no CMP, disse que o Sr. Loriel sempre fala que foi uma experiência muito ruim, mas não chega a relatar exatamente o que teria acontecido para considerar uma “experiência ruim”. Quando comenta sobre “o período em que ficou em Curitiba”, não chega a falar o motivo de ter ficado internado.

A respeito do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, relata que em 2017 teriam poucos comparecimentos, que antes havia vários profissionais envolvidos (duas psicólogas, uma assistente social e duas ACSs). Atualmente, somente ela e a assistente social coordenam as atividades do grupo, que consistem basicamente em trabalhos com artesanatos. Muitos pacientes estão faltando e elas não estão conseguindo investigar os motivos<sup>63</sup>. Estão participando cerca de sete a oito pessoas, normalmente pacientes “cronificados” e com históricos de internações. Ela reforça que muitos pacientes faltaram esse ano, mas que o Sr. Loriel não é um deles. Durante todo o ano de 2017, ele faltou apenas duas vezes e fez questão de dizer que se ausentou porque estava com a pressão alterada.

---

<sup>63</sup> Percebemos a falta de investimentos por parte de gestores em equipamentos ou programas da rede substitutiva, deixando a cargo de iniciativas pontuais de profissionais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica.

Sobre a tragédia, argumenta que as crises sempre dão sinais, que não ocorrem do dia para noite. Se ela tivesse sido detectada a tempo, talvez pudesse ter sido evitada. “Ninguém desconfiava de nada, o Sr. Loriei estava sempre bem e normalmente andava acompanhado da esposa”, argumenta a profissional. Era difícil, naquele período, saber o que de fato estava ocorrendo com ele. Por mais que o Sr. Loriei tenha relatado em consulta na UBS que escutava vozes de comando, ainda assim não deram a devida atenção ao seu pedido de ajuda.

No caso da entrevista com a assistente social, o foco foi compreender a visão de uma profissional, moradora do município, vinculada ao serviço social. Ela diz que teve contato pela primeira vez com o Sr. Loriei há quatro anos, quando começou a acompanhar o grupo de saúde mental “Bem-me-quer”. Da mesma forma que as técnicas anteriores, também relatou que ele é uma pessoa quieta, responde a tudo que lhe é perguntado, mas não tem o costume de puxar assunto.

Na época da tragédia, a assistente social não era profissional de saúde. Sua opinião sobre o caso foi extraída enquanto simples moradora do município. Comenta que a notícia de que “um homem havia matado a esposa” chegou pela boca de populares. As conversas sobre o assunto eram carregadas de preconceitos, mas não chegou a notar nenhuma ação mais acintosa em relação ao Sr. Loriei.

Realiza visitas domiciliares à casa do Sr. Loriei, mas como ele normalmente não falta aos encontros do grupo de saúde mental, elas não são tão frequentes. Legitima o que coletamos em entrevistas anteriores, dizendo que ele está estabilizado, que não há queixas de “vozes de comando” e nem de outros gêneros.

Percebe mudança na capacidade de interação do Sr. Loriei, nesse período de quatro anos. Antes, ele somente “balançava com a cabeça, acenando sim ou não”. Agora consegue desenvolver uma conversa e apresentar com clareza sua opinião sobre determinado assunto.

A profissional acredita que a tragédia poderia ter sido evitada se ele estivesse participando dos serviços nos quais está inserido hoje.

A técnica de enfermagem atua no município há 10 anos. Acompanha o Sr. Loriei desde que retornou do CMP, em 2013. Diz que ele sempre se apresentou como uma pessoa calma, responde às perguntas normalmente, é assíduo nas consultas, retira adequadamente os medicamentos na farmácia da UBS, bem como administra os psicotrópicos tranquilamente. Ele nunca trouxe problemas, não agrediu e nem ameaçou ninguém.

Como a cidade é pequena, diz que, na época, ficou sabendo rapidamente sobre a tragédia. Segundo a profissional, a Sra. Angélica já tinha pedido ajuda, dizendo que o Sr. Loriel “vivia ameaçando ela”. Por isso, já havia solicitações para interná-lo, mas antes disso ele “acabou esfaqueando ela”.

Entre os familiares, uma das pessoas entrevistadas foi o irmão e proprietário da residência que atualmente abriga o Sr. Loriel. O contato com ele ocorreu em 6 de novembro de 2017, na própria casa do entrevistado. Era uma casa simples, de madeira, com quatro cômodos, sendo dois quartos, uma sala e uma cozinha. Ele se mostrou bem receptível, apesar da timidez e da certa dificuldade em reconstruir cronologicamente a história do Sr. Loriel. Para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitou auxílio à esposa para que lesse o documento, dando indícios de analfabetismo funcional.

Ele relata que, na época dos fatos, ficou muito preocupado com o que aconteceu, que o Sr. Loriel deveria ter sido internado antes. Disse que cerca de 15 dias antes de ser internado,<sup>64</sup> aconteceu a tragédia. Antes disso, ele era uma pessoa trabalhadora e cuidava da família. Confirmou que teve a consulta com a psicóloga em dezembro e que estava agendado um “internamento” para janeiro.

O irmão relatou que o Sr. Loriel teve depressão antes da tragédia<sup>65</sup>, que “tratou, mas depois voltou mais forte”. Ele tomava um remédio “muito forte” e depois da morte da Sra. Angélica trocaram o medicamento. Disse que ele não sabia o que estava fazendo, que o fato aconteceu durante o dia, mas o Sr. Loriel achava que estava à noite.

O irmão ficou sabendo do ocorrido enquanto trabalhava na roça. Logo depois de “esfaquear” a esposa, ele teria ido para a casa da irmã, sem consciência do que havia feito. No caminho, algumas pessoas acharam que ele estava bêbado, mas na realidade ele estava sob o efeito do remédio<sup>66</sup>, que era muito forte. A polícia encontrou o Sr. Loriel na casa da irmã e o encaminhou imediatamente à cadeia pública.

O Sr. Loriel tem cinco filhos, sendo três homens e duas mulheres. O mais novo mora no município e é vereador da cidade, as duas mulheres em Mato Grosso, outro em Floresta e um deles em Curitiba. Relata que nenhum deles visitou o Sr. Loriel enquanto estava preso e mesmo quando estava no CMP, o filho que reside em Curitiba não o visitou. Atualmente, o

---

<sup>64</sup> Ele se refere à consulta com o psiquiatra como um “internamento”.

<sup>65</sup> Não soube informar exatamente quando.

<sup>66</sup> Provavelmente o remédio em questão era o antidepressivo.

filho mais novo (vereador) dirige-se poucas vezes ao ano à sua residência para conversar com o pai. Diz que à época dos fatos os filhos ficaram revoltados com a morte da mãe.

É enfático em dizer que caso o Sr. Loriel fosse acompanhado pelo grupo de saúde mental “Bem-me-quer” em 2007, a tragédia não teria acontecido. Hoje, quando ele retorna do grupo está bem mais animado, alegre e disposto. É visível o efeito que os encontros do grupo têm sobre ele.

A cunhada diz que já era casada com o irmão quando a tragédia aconteceu, que ficou chocada quando soube, que ninguém esperava, que o Sr. Loriel tomava remédios e não era agressivo. Ele era um homem normal e trabalhava na “cocaria”. Disse que depois do fato, a população ficou revoltada e todos o acusavam de assassino.

Segundo ela, quando ele voltou de Curitiba, quase não falava, não tocava em nenhum assunto, que agora é o melhor momento. Atualmente, faz mais coisas, caminha e está mais comunicativo.

A entrevista com o Sr. Loriel ocorreu no mesmo dia das entrevistas do irmão e da cunhada, dia 06 de novembro de 2017. Todos estavam presentes no local e acompanharam as falas uns dos outros. Ele é um homem com aparência cabisbaixa, sempre olha para o chão, com as mãos pouco trêmulas e costuma ranger os dentes. Apesar de falar pouco, consegue elaborar frases, responder aos questionamentos e lembrar de fatos anteriores à tragédia e recentes.

Ele começa a entrevista dizendo que tem atualmente 67 anos, o que demonstra estar situado no tempo e no espaço. Disse que chegou ao Paraná em 1974. Quando perguntado se sempre morou com o irmão, respondeu que antes ele era casado, mas que agora está viúvo. Depois de “acontecer uns problemas”, passou a morar com o irmão. Não chegou a falar exatamente quais eram os problemas, mas tem noção de que algo aconteceu.

Sobre a sua estadia no CMP, disse inicialmente que “era bom”, mas que era pior do que frequentar o grupo de saúde mental da UBS. Falou que era ruim no manicômio judiciário porque havia pessoas “piores que a gente, atrapalhados da ideia, que quebravam os vidros e se cortavam”. Era sossegado se você “andar direitinho”. Relata que era algemado para ir ao “pronto-socorro<sup>67</sup>”, mas dentro da cela ficava sem algemas. Comparou a cadeia com o CMP, dizendo que na cadeia, durante o dia, cuidava da horta e se recolhia à cela somente para

---

<sup>67</sup> Além do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, o CMP contempla um Hospital Penitenciário. Supomos que o Sr. Loriel refira-se a esse hospital quando diz “pronto-socorro”.

dormir, mas no CMP ficava o dia todo na cela<sup>68</sup>. Disse que nunca tinha sido internado em hospitais psiquiátricos e no CMP foi a primeira vez.

Disse que havia médicos e psicólogos no CMP, mas não recorda a frequência das consultas. Falou apenas que não demorava muito para ser chamado. Além dessas consultas, não havia nada para fazer, não tinha pintura e nem outra coisa. Ficava bastante tempo sentado e às vezes andava um pouco. Quando era meio-dia, tomava banho e depois esperava a janta para dormir.

A respeito do uso de medicamentos, relatou que antes tomava um remédio muito forte, que fez mal, que agora está com um remédio melhor. Confirmou o que o irmão havia dito antes, que teve depressão e melhorou, mas que da última vez voltou mais forte. Lembra de ter sido consultado com um médico, mas não se recorda os detalhes da consulta. Disse que agora não tem mais depressão porque toma remédio. Nesse ponto fica nítida a incompreensão acerca do diagnóstico. Ele ainda acredita estar sendo tratado de uma depressão.

Seu relato demonstra a importância da precisão no diagnóstico e a prescrição correta do medicamento. Além disso, revela um desrespeito ao usuário, à medida que o Sr. Lorient ainda acredita estar sendo tratado de uma depressão, mesmo depois de anos sendo acompanhado por profissionais de saúde.

No momento da entrevista, estava com os medicamentos no bolso da camisa. Mostrou e relatou os horários de todos eles. Atualmente, toma Risperidona e Cloridrato de Biperideno, o primeiro indicado para esquizofrenia e o segundo para síndrome parkinsoniana, especialmente para controlar rigidez e tremor, provavelmente receitado para conter algum efeito colateral do Risperidona (que pode causar tremores).

Relata que gosta de participar do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, especialmente de fazer desenhos e pinturas. Gosta de ter contato com os outros usuários e com as profissionais da UBS e que frequentando o grupo se sente aliviado. Disse que se participasse do grupo em 2007 talvez não precisasse ter sido preso. Noto que não fala sobre a tragédia, é como se soubesse do que se trata, mas como se fosse um assunto proibido. Toda

---

<sup>68</sup> O relato do Sr. Lorient revela a espécie de “tratamento” oferecido no manicômio judiciário do Paraná. Como podemos conceber, depois dos avanços teóricos-práticos-políticos da Reforma Psiquiátrica, que uma pessoa com transtorno mental ou em sofrimento psíquico durma numa cela penitenciária e que, para ir ao “pronto-socorro”, seja contido com algemas?

vez que a conversa rumava para a morte da Sra. Angélica, o irmão ou a cunhada respondiam pelo Sr. Loriei e desviavam a conversa.

Acompanhamos um encontro do grupo de saúde mental “Bem-me-quer” no dia 07 de novembro de 2017, no qual pudemos perceber que mesmo diante de um certo embotamento afetivo, ele é um sujeito estabilizado, com razoável autonomia para a realização das tarefas propostas no grupo. Ele se desloca sozinho da sua casa até o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), no qual ocorrem os encontros do grupo de saúde mental e também realiza caminhadas matinais todos os dias, sem o auxílio de um terceiro. Cabe lembrar que a atual estabilidade contrasta com o embotamento de quando saiu do manicômio judiciário, em que quase não falava e sua comunicação era baseada no “balançar da cabeça”.

Tal estabilidade é fruto, sem dúvida, do suporte familiar, da medicação administrada corretamente e do grupo de saúde mental “Bem-me-quer” e não consequência da sua prisão no manicômio judiciário.

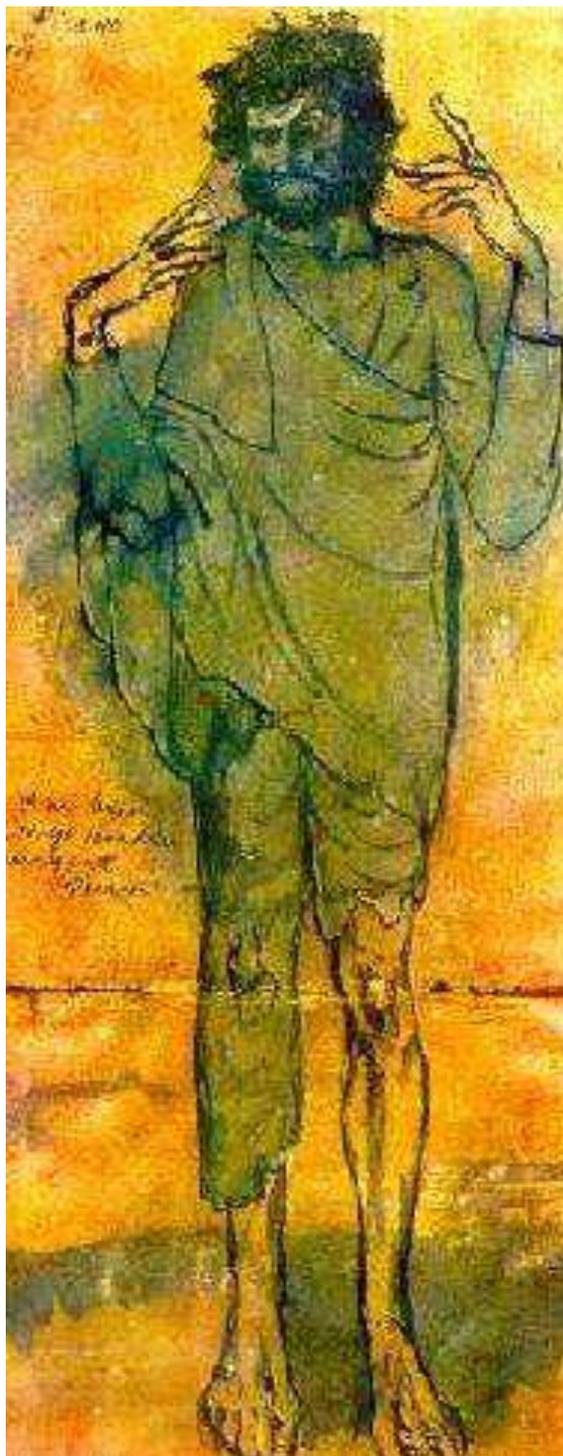


Figura 21: *O louco* (1904) – Pablo Picasso<sup>69</sup>  
Fonte: Arte Médica (2010).

---

<sup>69</sup> Pablo Picasso (1881-1973), um dos artistas mais reconhecidos da história das artes visuais, retratou um louco que perambulava pelas ruas de Barcelona. A pintura foi concebida durante a sua fase melancólica e cores sombrias, que durou de 1901 a 1904 (Arte Médica, 2010).

#### 4. O MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO CONTEXTO CAPITALISTA BRASILEIRO

*“O escalpelo da rama já ia por terra  
Quando os mundos repletos de guerra traziam  
Proteção desigual ao elo esotérico  
Que terminava incandescente na praia desnuda  
Da escrita na areia o laço esférico  
Da alquimia indecente em que  
Jubilava na bruta cadeia.”*  
(Loriel da Silva Santos)

As prisões são locais fechados, portanto, isoladas e separadas da sociedade livre. No entanto, essa separação está mais na aparência do que na realidade, uma vez que o confinamento é fundamental para a manutenção de uma sociedade dividida em classes sociais antagônicas. É necessário que existam regras e punições àqueles que não se adequam a elas para que prospere a exploração do homem pelo homem. A lei, o cárcere e os direitos humanos são verdadeiramente parte de um modo específico de estrutura social cujas finalidades são, nada mais, que a própria manutenção dessa estrutura. Eles servem à manutenção do *status quo*, a garantir a estabilidade jurídica e social aos reais detentores do poder, os proprietários dos meios de produção.

Do nosso ponto de vista, ao falar do cárcere no capitalismo, devemos nos despir da ingenuidade maniqueísta, que demonstra as barbáries das prisões, idealizando a sociedade livre, como se fora do encarceramento institucional não houvesse desigualdades e explorações e como se o próprio cárcere não fosse parte essencial de manutenção da sociedade livre.

Acima apresentamos o termo sociedade livre, cujo significado no capitalismo traz consigo certa incoerência, pois, segundo Marx (1978), “a liberdade é o direito de fazer e empreender tudo aquilo que não prejudique os outros. O limite dentro do qual todo homem pode mover-se *inocua*mente em direção a outros é determinado pela lei, assim como as estacas marcam o limite ou a linha divisória entre duas terras” (Marx, 1978, p. 42 – *grifos do autor*). A liberdade – conceito caro à Revolução Francesa – subordina-se, portanto, às regras e

às normas sociais, materializadas nas legislações de cada país, e estas, por sua vez, decorrem do sistema social econômico. Não existe liberdade plena, a não ser aquela dentro dos limites da lei. As normas são instrumentos que, ao fazerem parte de uma organização sistemática, são conectadas aos demais subsistemas, que legitimam os interesses da classe dominante e do sistema capitalista como um todo.

De forma simples e didática, podemos resumir essas relações, compreendidas sem hierarquias, da seguinte forma: a liberdade individual, portanto, é limitada aos preceitos jurídicos. Esses, por sua vez, respondem à garantia da ordem, sendo que essa, por fim, pressupõe a manutenção dos privilégios da classe dominante.

Isso não significa que a existência do direito, ou das normas jurídicas, cuja finalidade – a grosso modo – serve para manter a ordem e a dominação dos subalternos, seja exclusividade do sistema capitalista, mas, sim, de qualquer sociedade dividida em classes. Durante o feudalismo, por exemplo, a dominação pertencia à Igreja, no período absolutista o detentor do poder absoluto era o soberano. No caso específico do ordenamento vinculado à sustentação burguesa, o alicerce normativo estatal corresponde obviamente à ideologia dominante, tanto em seu momento de discussão e aprovação (legislativo) quanto em seu momento de aplicação (judiciário). Apesar de raras exceções, o legislador, pertencente ao aparelho estatal, legisla dentro de certos limites ideológicos, que é, por extensão, a ideologia do próprio sistema capitalista. Ele imprime no ordenamento jurídico os privilégios gozados pela classe dominante, com vistas a impedir qualquer tipo de questionamento ou transgressão social.

Dessa forma, a decisão judicial obedecerá a uma relação sistêmica que envolve desde os interesses da classe dominante até o apaziguamento das disputas e contradições de classes. As regras do jogo estão predefinidas e cabe ao magistrado a aplicação da norma conforme a interpretação doutrinária que lhe parecer mais conveniente, com certo grau de maleabilidade, mas dentro dos limites que visam à estabilidade social e econômica.

As leis, as interpretações delas e as decorrentes punições estão imersas numa complexa teia de relações ideológicas, que se restringem a um presente aparentemente imutável e estagnado. Os níveis de transformações possíveis esbarram, à primeira vista, nos limites do sistema econômico capitalista, no qual os privilégios e as desigualdades sociais tornam-se naturais e, conseqüentemente, intransponíveis.

Na realidade material, para além das interpretações idealistas, as legislações decorrem diretamente das relações produtivas. Segundo Karl Marx (2008), a dinâmica das relações humanas no mundo concreto é o que condiciona a produção de ideias, incluindo as leis e suas consequências. De acordo com suas próprias palavras:

As relações jurídicas, bem como as formas do Estado, não podem ser explicadas por si mesmas [...] essas relações têm, ao contrário, suas raízes nas condições materiais de existência [...]. Na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes da sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o ser social que determina sua consciência (Marx, 2008, p. 47).

Numa perspectiva marxiana, conforme o trecho supracitado, a “liberdade” do magistrado em proferir sentenças é determinada pelas condições materiais de existência e sua própria consciência é condicionada a partir das relações de produção, visto que a própria legislação é construída no âmbito dessas relações.

Além da limitação do conceito de liberdade, Marx (1978) lembra-nos que os direitos humanos são, nada mais, do que os direitos do membro da sociedade burguesa, isto é, “do homem egoísta, do homem separado do homem e da comunidade” (Marx, 1978, p. 41). Isso porque, segundo o autor, o direito à propriedade privada é “o direito de desfrutar de seu patrimônio e dele dispor arbitrariamente (à son gré<sup>70</sup>), sem atender aos demais homens, independentemente da sociedade, é o direito do interesse pessoal” (Marx, 1978, p. 43).

O direito à propriedade privada impõe, portanto, os privilégios individuais acima das necessidades coletivas. Assim, os direitos humanos nos limites do capital podem servir para apaziguamento das tensões sociais, diminuindo os reflexos da exploração do trabalho e garantindo o cumprimento da lei e da ordem social.

Do mesmo modo, a igualdade na sociedade burguesa não avança à igualdade econômica, social e cultural, mas se restringe à igualdade “perante a lei” – essa mesma lei que apresenta a propriedade privada e suas consequências como garantia individual inquestionável. Segundo suas próprias palavras, “a igualdade consiste na aplicação da mesma lei para todos, quando protege ou quando castiga” (Marx, 1978, p. 44).

---

<sup>70</sup> Como bem entender.

A segurança, de acordo com o autor, é o conceito vinculado à garantia a cada um dos membros da sociedade de existir, de conservação da sua pessoa, de seus direitos e de sua propriedade. A ideia de segurança não faz com que a sociedade burguesa enfrente o egoísmo, mas, ao contrário, é a preservação deste. Lança-se mão de um aparelho repressivo quando necessário à manutenção dos privilégios da propriedade privada.

Os ideais da Revolução Francesa – liberdade, igualdade e segurança – traduzidos enquanto princípios dos direitos humanos, quando materializados no sistema econômico nascente, o capitalismo, vertebram-se não para garantir as necessidades coletivas, mas, ao contrário, para manutenção dos privilégios concedidos a partir da propriedade privada. Tal compreensão é fundamental para desmistificarmos as interpretações ingênuas acerca do cárcere, que apresentam, de um lado, a sociedade livre (ideal) e, de outro, as prisões, como se elas não fossem parte essencial da manutenção dessa mesma “sociedade livre”. Em outras palavras, os supostos “excluídos” – encarcerados – estão muito bem incluídos, como parte necessária da manutenção do *status quo*.

Feita a devida introdução, em que demonstramos os pressupostos da nossa interpretação acerca do cárcere, resta-nos abordar outra instituição diretamente ligada ao controle das populações vulneráveis, que lança mão de prerrogativas punitivistas quando as tensões sociais assim o exigem. Trata-se de compreender as origens, as contradições e as relações econômicas do Estado. A partir de agora, dedicamo-nos a essa instituição – o Estado – que recorrentemente é interpretada de forma idealista e descolada das relações concretas.

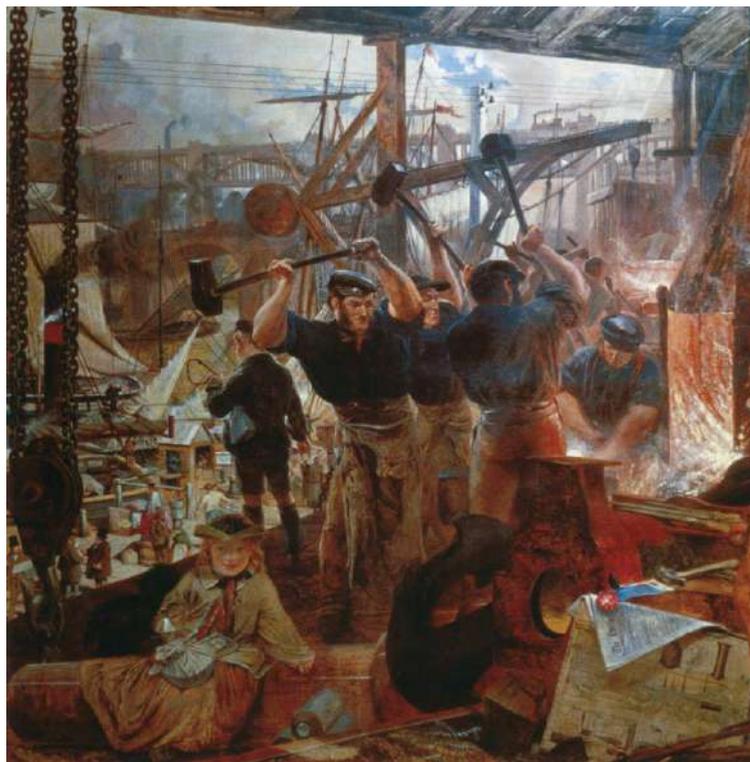


Figura 22: *Ferro e carvão* (1855-60) – William Bell Scott<sup>71</sup>  
Fonte: História e Sociedade (2011).

#### 4.1 ORIGENS DO ESTADO MODERNO NO OCIDENTE

Optamos por utilizar o termo origens, no plural, porque compreendemos que as origens são diversas e controversas. Longe de intentar encerrar as polêmicas, apresentamos aqui apenas alguns apontamentos sobre as tensões e embates a respeito das origens do Estado moderno. Justamente por se tratar de uma instituição cujas origens remetem ao período pré-capitalista, mas que adquire um novo caráter e importância durante o capitalismo, é que as polêmicas são imensas. Até que ponto determinada estrutura organizativa pode ser considerada um embrião do Estado moderno?

O primeiro ponto a se destacar diz respeito à utilização do termo Estado entre os pensadores. Conforme o cientista político Nicola Matteucci (1997), em *Lo Stato moderno*, o termo Estado só adquiriu centralidade no século XIX, principalmente por meio de pensadores alemães. Antes de Hegel, nas palavras do autor, quando se queria indicar a verticalidade do poder, falava-se de

---

<sup>71</sup> William Bell Scott (1811-1890) foi um pintor escocês, que viveu boa parte da sua vida em Londres, Inglaterra. Na obra *Ferro e carvão*, Scott retrata o processo de industrialização, cada vez mais presente na vida dos ingleses.

[...] governo, de rei, de assembleia, sempre entendidos porém como estruturas a serviço da comunidade, da república. Também Hobbes, mesmo que teórico do absolutismo, não utiliza o termo *State*, preferindo o de *Common-Wealth*. Até o final do século XVIII não há um clássico do pensamento político que traga no frontispício o termo Estado; o qual falta – como verbete – também na *Enciclopédia* de Diderot e d’Alembert (Matteucci, 1997, p. 26-27 – grifos do autor).

Para além das terminologias, cumpre destacar que os Estados nacionais, sob outras denominações, na maioria dos países europeus onde se configuraram plenamente, fizeram-no sob formas monárquicas e absolutistas, remetendo inevitavelmente ao fim da Idade Média. De acordo com Mascaro (2013), “o momento central e decisivo para a consolidação do poder político estatal capitalista é a Idade Moderna. Se a Idade Média é desconhecadora da forma política estatal e a Idade Contemporânea é plenamente assentada no Estado, a Idade Moderna é uma fase de transição” (Mascaro, 2013, p.56).

Por mais que nem todas as estruturas da reprodução econômica capitalista estejam consolidadas na Idade Moderna, o germe da forma política já se encontra presente. Nesse período, do mesmo modo que verificamos uma classe burguesa e um intenso ciclo de troca de mercadorias, características do capitalismo contemporâneo, a política era absolutista, emparelhada aos interesses da Igreja, com privilégios estamentais.

É na assunção do sistema geral de trabalho assalariado que se estabelecem então as bases da forma política estatal. Em paralelo a essa alteração nas relações de produção, os contornos plenos do Estado somente se darão com as revoluções burguesas. Nesse ponto da história, cortam-se os últimos laços de concentração pessoal dos poderes na figura do rei e instauram-se os aparatos que tornam o Estado um terceiro em relação aos indivíduos e às classes. Mas, se apenas na Idade Contemporânea o Estado se torna plenamente terceiro, completando a rede da reprodução social capitalista, a unificação de territórios e povos em torno de Estado já é, no entanto, anterior a essa fase. O surgimento dos Estados se dá com o final da Idade Média e o início da Idade Moderna. Populações inteiras, antes fragmentadas em cidades ou jungidas a feudos, passam a ser submetidas a um espaço de poder político comum. Por essa razão, a instalação da forma política estatal deve ser pensada, tal qual a consolidação da forma-mercadoria e da reprodução capitalista, como um processo (Mascaro, 2013, p.56).

Muito antes do desenvolvimento dos Estados modernos, verificamos alguns marcos importantes, que simbolizam as fraturas entre o mundo medieval e o moderno, tais como a invasão da Itália pela França em 1494, a união das coroas na Espanha em 1479, a instauração do Tudor na Inglaterra em 1485 e a chegada de Carlos V ao topo do império alemão em 1519<sup>72</sup> (Hay, 1964). Esses fatos propiciaram o desenvolvimento de características estruturais,

---

<sup>72</sup> É importante dizer que essas datas devem ser interpretadas meramente como símbolos de longos processos de rompimentos e alianças. Opomo-nos à historiografia linear, que desconsidera a realidade concreta e idealiza os

que foram fundamentais para a formação das nações. Sobre o momento exato de desenvolvimento do Estado moderno, não existe consenso entre os historiadores, principalmente quando analisado sob a ótica da Europa em geral e não de um país em particular. Alguns consideram os Estados italianos do *quattrocento*, no século XV, o mérito da primazia, mas a maioria remete ao século XVI e outros, em menor número, ao século XVII.

De acordo com Chabod (1990), na Itália do *quattrocento* e início do *cinquecento*, as inovações que ocorreram em decorrência das guerras, nos procedimentos burocráticos e nas atividades diplomáticas, foram de tal maneira que delas se desenvolveu uma nova estrutura estatal. É fato que em praticamente todos os Estados da Idade Média encontramos exércitos, funcionários e atividades diplomáticas, mas em nenhum deles, com exceção de Estados da península Itálica do século XV, esses três componentes – arte da guerra, procedimentos burocráticos e atividades diplomáticas – apresentam as dimensões quantitativas e técnico-formais, a consistência e o caráter permanente e profissional (Chabod, 1990, p. 8).

Burckhardt (1991), tal como Chabod, considera que a península itálica foi pioneira no desenvolvimento do Estado moderno. Ao tratar do envolvimento militar da Espanha e da França, ressaltou que ambas haviam começado a igualar-se aos Estados italianos centralizados e mesmo a imitá-los. Ao descrever esses Estados italianos, o autor destacou a organização de Veneza e de Florença, pelo dinamismo econômico, riquezas, sofisticadas culturas e regimes políticos republicanos altamente complexos. Florença foi considerada um verdadeiro laboratório político, no qual todas as constituições foram experimentadas. A mais elevada consciência política, a maior riqueza em modalidade de desenvolvimento humano encontra-se reunida na história de Florença, que, nesse sentido, por certo merece o título de primeiro Estado moderno do mundo (Burckhardt, 1991).

A Itália era, durante o Renascimento, uma nação de nações que, na segunda metade do *quattrocento*, vivenciou uma espécie de pioneiro equilíbrio de poder entre os principais Estados. Apesar do equilíbrio, não havia um que pudesse protagonizar um processo de unificação política da península itálica. Até mesmo a Igreja de Roma era considerada uma instituição fraca para liderar um processo de unificação na Itália. Apesar de fraca para unificação, ela era suficientemente forte para impedir que outrem realizasse tal tarefa. Dos

---

fenômenos históricos a partir de leis, datas e heróis. Nosso método de compreensão da história pressupõe uma espiral dialética, repleta de idas e vindas, contradições, avanços e retrocessos.

três Estados importantes da época – Milão, Veneza e Florença – nenhum, mesmo quando dispôs de força expansiva, pôde ou desejou ir além de um aumento territorial limitado à subjugação de seus rivais mais próximos. Podemos dizer que o Estado moderno se iniciou na Itália, mas certamente não se efetivou. Por um lado, os italianos foram os primeiros a empregar a palavra no sentido moderno, a exemplo de Maquiavel (2001), em seu clássico *O príncipe*, “Todos os Estados, todos os governos que tiveram e têm autoridade sobre os homens, foram e são ou repúblicas ou principados” (p. 3), ou quando no capítulo nove argumenta que “o Estado tem necessidade dos cidadãos” (Maquiavel, 2001, p. 20). Por outro lado, o próprio Maquiavel, considerado o pensador político mais importante do Renascimento italiano, não distinguiu governo e Estado, como se ambos fossem uma coisa só.

A ideia de um Estado enquanto poder público, distinto daqueles que governam e daqueles que são governados, considerado a autoridade máxima no quesito político, é encontrada na segunda metade do século XVI na França e, pouco tempo depois, na primeira metade do século XVII na Inglaterra. No âmbito filosófico, são Jean Bodin e Thomas Hobbes que desenvolvem teorias mais completas sobre o Estado. Cumpre lembrar os contextos em que suas respectivas obras são escritas. Jean Bodin (1530-1596) é autor de *Os seis livros da República* (1986), concluído em 1576, quando a França estava imersa em guerras por motivos religiosos, o que teria contribuído para ele formular a teoria do absolutismo monárquico, centrado no conceito de soberania. Já Thomas Hobbes (1588-1679) foi o responsável pela obra *Leviatã*, escrita em 1651, quando a Inglaterra havia recém-saído de uma guerra civil, o que teria motivado o desenvolvimento do contratualismo.

Em linhas gerais, Hobbes (1983) argumenta sobre o contrato firmado implicitamente entre os integrantes de uma mesma sociedade, que se unem com a finalidade de obterem vantagens na vida coletiva. Para tanto, esses indivíduos abdicam de certas liberdades para organizar uma autoridade responsável pela ordem social. Ao abrirem mão de certas liberdades, os sujeitos concedem poderes a pessoas ou grupo de que assumem a responsabilidade de garantir a estabilidade e a segurança coletiva. Assim, os governados se comprometem a obedecer e acatar as normas estabelecidas pelo governo. De acordo com o filósofo, a natureza humana é propensa à dominação sobre os demais, sendo capaz de destruir seus iguais, a fim de atingir seus objetivos pessoais. Esta natureza provoca uma constante sensação de insegurança e medo entre os sujeitos, que desejam sair da condição de “guerra

eterna” e atingir a paz. Eis a motivação natural para o contrato social, segundo o autor (Hobbes, 1983).

Na França, as guerras por motivos religiosos, inicialmente, foram obstáculos ao desenvolvimento do absolutismo e, até certo ponto, ameaçaram a unidade política do país. Logo em seguida, facilitaram a sua consolidação, tornando-o o mais acabado e completo de todos os países europeus – um modelo a ser copiado e imitado. Nenhuma outra monarquia europeia desenvolveu, como a francesa, as características essenciais do poder absoluto: 1) uma vasta autonomia financeira, calcada na tributação dos camponeses e na venda de cargos livremente; 2) o maior e mais poderoso exército da Europa, em número efetivos de militares; 3) uma complexa e refinada burocracia, a ponto de originar uma classe social conhecida como nobreza de toga; 4) uma forte e intransigente igreja nacional que, como forma de evitar novas guerras religiosas, não tolerava outras confissões (Tocqueville, 1979).

Tal como na França, a questão religiosa interferiu decisivamente no desenvolvimento do Estado inglês. No entanto, na Inglaterra, o processo desenrolou-se de maneira inversa, pois foi justamente a afirmação da Igreja Anglicana, oriunda do rompimento com a Igreja Católica, como hegemônica que propiciou o poder monárquico. A Reforma Protestante iniciada por Henrique VIII, na década de 1530, e continuada por Elisabeth I, os dois reis mais absolutos e populares da história da monarquia inglesa, foi fundamental para completar o intento de centralização do poder. É interessante destacar que, na Inglaterra, com a dinastia Tudor, ao mesmo tempo que houve centralização do poder nacional, ocorreu também uma verdadeira descentralização das administrações locais (Stone, 2000).

Apesar de todos os avanços conquistados pela dinastia Tudor, quando a dinastia Stuart assumiu o trono, em 1603, encontrou um Estado pouco estruturado, pois carecia, parcial ou totalmente, daquelas características essenciais sem as quais o absolutismo não poderia se efetivar, tais como autonomia financeira, burocracia, exército e igreja nacional. Entre 1629 e 1640, Carlos I tentou implementar todos esses instrumentos, como havia feito ou estava fazendo boa parte das monarquias do continente. No entanto, o intento foi sem sucesso e, ao contrário, acabou em uma verdadeira desordem, ocorreu uma espécie de greve dos contribuintes, o país foi ocupado pelo exército escocês e os puritanos entraram em revolta.

Para fins desse trabalho, não é necessário detalhar os elementos da Revolução Inglesa de 1640, cujos desdobramentos associam-se à experiência republicana e à restauração, culminando com a conhecida Revolução Gloriosa de 1688-1689. A nós interessa saber que, ao

contrário do que ocorreu na França durante as guerras por motivos religiosos, quando o conflito entre o rei e o parlamento eclodiu, o Estado na Inglaterra já estava plenamente constituído, com uma identidade própria e o país contava com um sentimento nacional.

Assim como a Revolução Francesa de 1789 completou a obra de centralização do poder iniciada pelo antigo regime, na Inglaterra, as duas revoluções do século XVII concretizaram a obra de governo absoluto que Henrique VIII havia começado. Dialeticamente, do mesmo modo que podemos falar em uma espécie de continuidade dos projetos e processos do regime anterior, no que diz respeito à centralização do poder, as revoluções inglesa e francesa imprimem nas respectivas constituições, de maneira inédita, o direito de liberdade.

Enquanto na Inglaterra, após 1689, vingou um Estado descentralizado e baseado numa forma de governo misto, cujo poder maior se localizou no parlamento, na França, após a revolução de 1789, o Estado consolidou-se como soberano único coletivo, vale dizer, os chamados representantes da nação. Os modelos dos Estados presentes tanto na Inglaterra quanto na França são, como vimos, frutos de intensas lutas de classes, marcadas pelas diversas revoltas e revoluções que acabaram por consolidar configurações aperfeiçoadas das experiências italianas em Veneza e Florença.

No capitalismo, o Estado adquire novos contornos e funções. Diferentemente do que ocorreu em regimes anteriores, ele passa a conviver com certa autonomia em relação às classes sociais. Dizemos “certa autonomia” porque, como veremos a seguir, o próprio fato de se caracterizar enquanto um terceiro é parte integrante das demandas do sistema econômico capitalista, sendo, portanto, um braço fundamental à manutenção dos interesses do capital.

Por mais que o Estado não tenha se originado no capitalismo, é nesse sistema econômico que ele ganha contornos muito específicos, a ponto de ser uma estrutura fundamental para manutenção dos privilégios e interesses da classe dominante. De acordo com Engels (1884),

O Estado não é pois, de modo algum, um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro; tampouco é "a realidade da idéia moral", nem "a imagem e a realidade da razão", como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da "ordem". Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado (Engels, 1884, p.61).

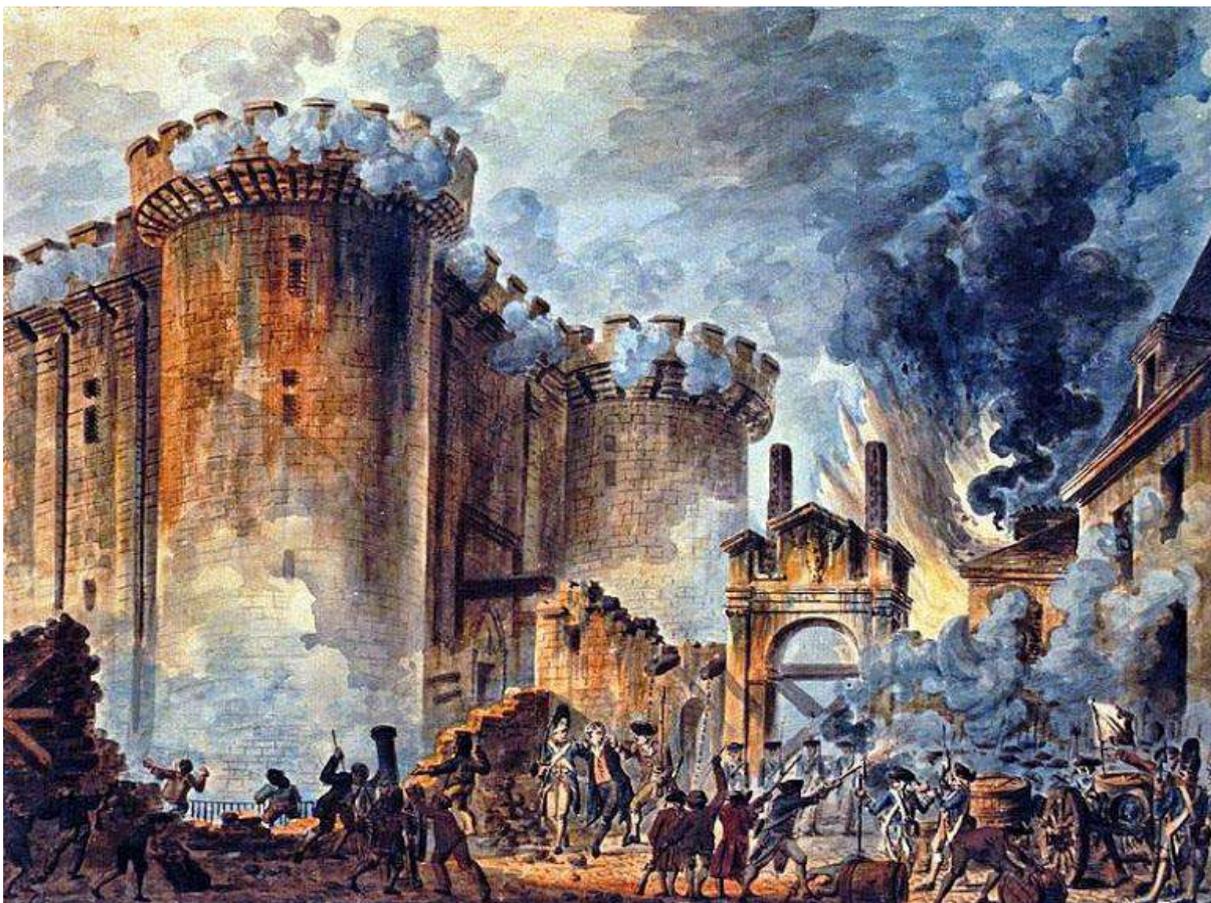


Figura 23: *Queda da Bastilha* (1789) – Jean-Pierre Houël<sup>73</sup>  
Fonte: Museu de Imagens (2014).

## 4.2 A AUTONOMIA DO ESTADO

Se pudéssemos chamar de “Estado” as instituições responsáveis pela organização política das sociedades escravista e feudalista, diríamos que o mando político dava-se de forma direta pelas classes econômicas exploradoras. No capitalismo, ao contrário, há uma separação entre dominação econômica e dominação política. Os empresários não são necessariamente os agentes políticos diretos. É possível, inclusive, que os projetos dos agentes políticos não coincidam imediatamente com as demandas das classes burguesas.

---

<sup>73</sup> A *Queda da Bastilha*, pintada por Jean-Pierre Houël (1735-113), é um dos maiores símbolos da Revolução Francesa. A Bastilha, uma fortaleza medieval utilizada como prisão pela monarquia, foi tomada pelos revolucionários para saquearem pólvoras e armas, no dia 14 de julho de 1789. A cabeça do governador da Bastilha é serrada e exposta pelas ruas de Paris, inflamando ainda mais a população, que passa a se armar e se entrincheirar para enfrentar as tropas monárquicas. A essa altura, boa parte da nobreza tinha fugido da cidade. A insurreição iniciada em Paris alastra-se para o resto da França e, pouco tempo depois, para o resto da Europa, dando início a uma série de revoltas e revoluções (Museu de Imagens, 2014).

De acordo com Mascaro (2013), a não identificação imediata dos interesses burgueses com os agentes políticos não ocorre ao acaso, mas isso acontece porque a reprodução capitalista necessita do apartamento de uma instância estatal. Diferentemente de experiências anteriores, quando a apreensão da força de trabalho e dos bens ocorriam a partir da violência física, no capitalismo há uma intermediação garantida por uma instância separada das classes sociais. Assim, o Estado configura-se como um terceiro em relação à dinâmica entre capital e trabalho – não um adendo ou um complemento, mas “parte necessária da própria reprodução capitalista. Sem ele, o domínio do capital sobre o trabalho assalariado seria domínio direto – portanto, escravidão ou servidão” (Mascaro, 2013, p. 18).

No que diz respeito à repressão, é importante frisarmos que mesmo considerando-a como um instrumento típico do Estado, ela não é exclusiva do aparato político moderno. Em determinados espaços e tempos, a repressão pode ser necessária à reprodução do capitalismo, em outros ela pode ser obstáculo. Dessa forma, ela deve ser compreendida em “articulação com o espaço de afirmação que o Estado engendra no bojo da própria dinâmica de reprodução do capitalismo” (Mascaro, 2013, p. 19).

O Estado é, na verdade, um momento de condensação de relações sociais específicas, a partir das próprias formas dessa sociabilidade. O seu aparato institucionalizado é um determinado instante e espaço dessa condensação, ainda que se possa considerá-lo o fulcro de sua identificação. Mas esse aparato só se implanta e funciona em uma relação necessária com as estruturas de valorização do capital. Nessa rede de relações na qual se condensa o Estado, é no capital que reside a chave de sua existência. Por isso, não é partindo das características do aparato estatal em si mesmo que se descobrirá a sua eventual utilização ou não pela burguesia. Pelo contrário, é pela estrutura da reprodução do capital que se entende o *locus* desse aparato político específico e relativamente alheado das classes que se chama hodiernamente Estado. (Mascaro, 2013, p. 19).

Dessa forma, o Estado é consequência direta do sistema econômico e não o contrário. No entanto, não podemos entender essa relação de forma reducionista do político ao econômico, mas ambos estão no mesmo todo das relações de produção. A forma política estatal possui elementos constitutivos internos, características de um poder político impessoal e separado do poder econômico, e externos, como as relações sociais de tipo capitalista. Por mais contraditório que pareça, os atributos internos apresentam apenas as variantes do Estado, mas a posição no contexto geral das relações sociais (dimensão externa) dá-lhe a causa, identidade e existência. Nesse sentido, o contexto capitalista é, de fato, o elemento central na análise identitária do Estado.

Isso não significa, repetindo, que haja correspondência direta ou subjugado do político ao econômico. Essa relação é necessariamente conflituosa e repleta de crises, pois é a luta de

classes que “corporifica e constantemente tenciona e altera suas formas sociais correspondentes” (Mascaro, 2013, p. 28). A dinâmica da relação entre capital e trabalho reflete na configuração política, nos projetos e caminhos que as instituições políticas apresentam num dado momento histórico.

É possível que determinadas instituições de cunho político, vinculadas ao Estado, sejam criadas por interesses contrários à acumulação do capital. Assim como, mesmo tomando como base o fato de que o Estado exsurge em relação íntima com o sistema econômico, algumas políticas sociais podem, até certo ponto, estar na contramão da reprodução do capitalismo. A política estatal e as instituições políticas são, desse modo, atravessadas pela luta de classes, pelos grupos e pelos sujeitos sociais. A critério do arranjo das classes do capital, pode ser demandado que o Estado se configure a partir de regras democráticas e redistributivas. Em outros momentos, principalmente em períodos de crises econômicas, podem ser necessários, para a reprodução do capital, arranjos políticos ditatoriais ou mesmo fascistas.

Dessa forma, o Estado, no capitalismo, é necessário para garantir a exploração – dominação de uma classe sobre a outra, de modo que a luta de classes e Estado formam um par historicamente inseparável, que somente poderá sair de cena com a superação do sistema econômico atual. Ao analisarmos as políticas sociais, dentre elas àquelas relacionadas à saúde mental, devemos sempre levar em consideração as limitações impostas pelo sistema econômico, suas características próprias vinculadas a determinadas épocas e as especificidades da luta de classes em cada país.

Haverá, portanto, limitação sobre as possibilidades de investimentos por parte do Estado em determinadas áreas. Esse limite é imposto pela dinâmica da luta de classes, pelas características específicas do sistema acumulativo e pelas questões histórico-culturais de uma época. Nesse sentido, o gestor máximo de um Estado específico não detém total autonomia na definição dos rumos das políticas sociais, por exemplo, mas depende de uma série de configurações que lhe permitirão ou não realizar tal intento.

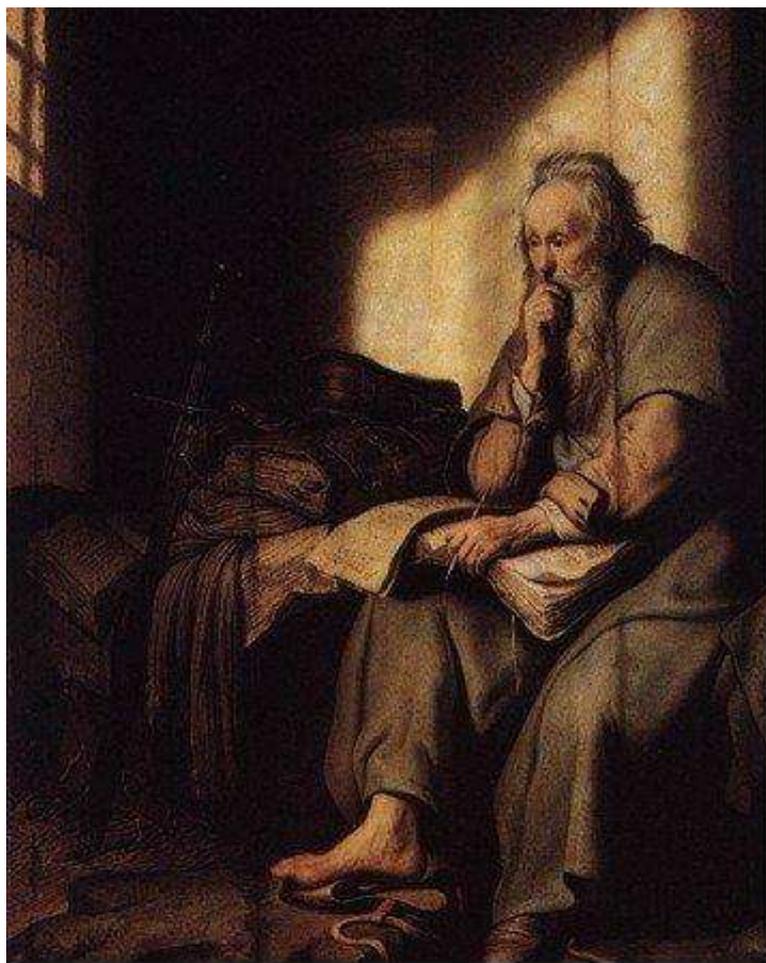


Figura 24: *Apóstolo Paulo na prisão* (1627) – Rembrandt Harmenszoon van Rijn<sup>74</sup>  
Fonte: Mea Culpa (2009).

### 4.3 O CÁRCERE NA SOCIEDADE CAPITALISTA

As prisões gerenciadas pelo Estado moderno, como acabamos de ver, são instituições intimamente ligadas aos propósitos da classe dominante, qual seja, primordialmente, a manutenção do direito à propriedade. Por mais que elas recebam questionamentos, oriundos de setores progressistas, no interior do capitalismo, a depender da situação econômica e social, elas permanecem sendo estruturas essenciais à manutenção do *status quo*, podendo ser mais ou menos demandadas diante de determinadas condições da luta de classes.

---

<sup>74</sup> Rembrandt (1606-1669) foi um pintor holandês considerado um dos maiores nomes da história da arte europeia. Em *Apóstolo Paulo na prisão*, ele retrata a vida do apóstolo, que nasceu em 5 d.C. e morreu em 67 d.C., e foi preso injustamente depois de patrões extremistas conspirarem contra Paulo por intolerância religiosa. A acusação era de que ele estava provocando desordem e pregando costumes não permitidos aos romanos.

A criminologia crítica é uma vertente do Direito que se desenvolveu na década de 1970, articulando os aspectos práticos, sociais e históricos na produção do conhecimento, com vistas a superar “qualquer visão que queira analisar o crime fora do contexto geral da sociedade” (Batista, 2003, p. 53). De acordo com essa perspectiva, os aspectos econômicos, sociais e jurídicos da questão penal e da segurança pública apontam para um eficaz poder de subjugo das classes trabalhadoras. Assim, o cárcere caracteriza-se como uma instituição central para o controle penal no âmbito capitalista.

De forma propositiva, o abolicionismo penal almeja a construção de uma sociedade sem punição. Para tanto, seria necessária a desconstrução radical do direito penal retributivo, substituindo as penas pelos dispositivos jurídicos do direito civil, como a indenização material e as formas conciliatórias. De acordo com Passetti (2003), a abordagem das infrações sob o prisma do abolicionismo penal deve se distanciar de uma legislação penal universalista, descentralizando os poderes, para a qual se exigiria o estudo de cada caso em especial e evitando a preponderância de juízes, promotores, advogados e técnicos jurídicos, de forma hierarquizada. O objetivo seria que a resolução do problema ocorresse de forma consensual entre vítima e infrator, sendo decidida no local em que o ato denunciado aconteceu, evitando a delegacia de polícia (Passetti, 2003, p. 137-138).

Existem também mediações entre o abolicionismo penal e a sociedade punitivista, como, por exemplo, a vertente do Direito Penal Mínimo, caracterizada pela concepção da pena-prisão como recurso extraordinário na resposta à criminalidade. Dessa forma, a atuação do direito penal passa a ser residual e não recorrente. Tal concepção seria fundada no próprio conceito de Estado moderno, o qual obrigaria, em tese, “a intervenção punitiva a ter a menor intensidade possível (Bianchini, 2000, p. 258).

Contudo, cabe salientar que de forma antagônica aos pressupostos constitucionais dos Estados Nacionais em geral, sejam eles considerados desenvolvidos ou em desenvolvimento, a prática tem sido demarcada pela preponderância da lógica penalista, por um Direito Penal autoritário na relação com o fenômeno da criminalidade. Dados do Ministério da Justiça revelam que, em 24 anos (entre 1990 e 2014), a população carcerária brasileira cresceu 575%, fazendo com que o país ocupe a lamentável posição de 4º lugar entre os países com mais pessoas presas no mundo – em termos absolutos ou considerando a taxa de aprisionamento por número de habitantes (Ministério da Justiça, 2014).

As instituições responsáveis pela segurança nacional fortaleceram-se, política e economicamente, principalmente durante as ditaduras militares que assolaram a América Latina no século XX. Nesse período, sob o discurso de combater o inimigo interno, os Estados Nacionais estruturaram e militarizaram seus aparatos de segurança, engendrando a formação de sociedades exacerbadamente penalistas e excludentes. “Trata-se de um totalitarismo que se lança, simultaneamente, em diferentes níveis da vida social, de forma difusa e generalizada, imperceptível e truculenta, inefável e perversa” (Ianni, 2004, p. 297).

O chamado estado de exceção expressa uma espécie de totalitarismo moderno, definido por Agamben (2004) como a instauração legalizada de uma guerra civil, protagonizada pelo Estado, que permite a eliminação física não somente dos adversários políticos, mas também de grupos e classes por razões que pareçam não integráveis ao sistema político. O autor afirma ainda que o estado de emergência tem se tornado, ao contrário, permanente, sendo considerado “uma das práticas essenciais dos Estados contemporâneos, inclusive dos chamados democráticos” (Agamben, 2004, p. 13).

Juarez Cirino dos Santos (2008) argumenta que o cumprimento de pena contempla uma conotação religiosa de expiação e uma jurídica de compensação pelo crime. A religiosa estaria vinculada aos suplícios e fogueiras medievais, em que a punição servia como redenção – para purificar a alma do condenado. A jurídica “atualiza o impulso de vingança do ser humano, tão velho quanto o mundo” (Santos, 2008, p. 461-462).

Em tese, a prisão apresenta-se com dois vieses complementares, um elemento corretivo e o outro protetivo. O corretivo teria por objetivo, como o próprio nome diz, corrigir o condenado – este distante de seus vínculos territoriais, familiares e comunitários, passaria a repensar suas escolhas. O protetivo visaria proteger a sociedade de novas ameaças, pois, ao isolar o condenado, ela estaria, supostamente protegida. Dessa forma, quando o condenado retorna à liberdade, estaria menos disposto a cometer atos ilícitos e a sociedade não mais seria ameaçada por ele.

Se na teoria o encarceramento deveria construir sociedades menos violentas, na prática, verificamos justamente o oposto. Quanto mais aumenta o número de pessoas encarceradas, mais aumentam os índices de criminalidade. No Brasil, os índices de violência seguem em escalada ascendente. De acordo o Mapa da Violência, entre 1980 e 2014, o número de mortes por arma de fogo cresceu 415% no Brasil (Waiselfisz, 2016). Ou seja, no período de 34 anos, as mortes por arma de fogo mais do que quadruplicaram, o que demonstra

que alguma coisa precisa ser feita. Prender e isolar os chamados criminosos em nada tem contribuído para diminuição da violência. Ao contrário, quanto mais prendemos, mais aumentam os índices de homicídios.

Como se vê, o discurso de que o encarceramento serve para diminuir os índices de violência cai por terra quando analisamos os dados supracitados. Se a prisão servisse para reduzir a criminalidade, o número de homicídios deveria diminuir e não aumentar. Tal fato corrobora a tese de que o Estado autoritário é, na realidade, apenas uma vertente de todo e qualquer Estado no capitalismo, que aflora em momentos específicos da conjuntura política e econômica, principalmente nos momentos de crises.

Santos (2008) argumenta que existe uma relação de dependência entre prisão e fábrica. Essa, fundada na separação trabalhador/meios de produção, cujo objetivo é o lucro, depende diretamente das penitenciárias, consideradas as principais instituições de controle social. O método punitivo da prisão tem por finalidade transformar o sujeito real (condenado) em sujeito ideal (trabalhador), “adaptado à disciplina do trabalho na fábrica”. Essa relação de dependência seria a matriz histórica da sociedade capitalista, o que explicaria o aparecimento dos primeiros sistemas carcerários modernos justamente nas primeiras sociedades industriais (Holanda, Inglaterra, Estados Unidos e França) (Santos, 2008, p. 502-503).

Melossi & Pavarini (2006) argumentam que existe uma relação de interdependência entre as relações do mercado de trabalho e as condições de vida nas penitenciárias, ou seja, entre o século XVI e o século XVIII, foi possível verificar que as instituições segregacionistas, por mais que na aparência estivessem isoladas da sociedade livre, estavam intimamente vinculadas ao modo de produção capitalista.

É particularmente convincente a relação de interdependência entre as condições do mercado de trabalho, sempre em mutação, a brusca queda da curva de incremento demográfico, a introdução das máquinas e a passagem do sistema manufatureiro para o sistema fabril propriamente dito, de um lado, e a súbita e sensível deterioração das condições de vida no interior do cárcere, do outro, a partir da segunda metade do Setecentos na Inglaterra e nos outros países europeus de industrialização mais rápida (Melossi & Pavarini, 2006, p. 14).

Os autores argumentam ainda que ao longo do processo de industrialização dos países europeus, particularmente entre os séculos XVI e XVIII, o cárcere foi uma espécie de “produtor de homens, no sentido da transformação do criminoso rebelde em sujeito disciplinado e adestrado ao trabalho fabril” (Melossi & Pavarini, 2006, p. 17). Dessa forma, o cárcere pode ser interpretado enquanto um freio para a luta de classes, no sentido de

encarcerar os trabalhadores rebeldes, a fim de corrigi-los, domesticá-los e reinseri-los nas fábricas de forma domesticada.

No Brasil, como veremos a seguir, tal como ocorreu nos países industrializados, as prisões assumiram um papel central no controle dos pobres e das populações vulneráveis. A depender da conjuntura social e econômica, as legislações e o cárcere foram se modelando em conformações direcionadas a atender às demandas da classe dominante.



Figura 25: *Feitores castigando negros* (1834-9) – Jean-Baptiste Debret<sup>75</sup>  
Fonte: Leenhardt (2013).

---

<sup>75</sup> Jean-Baptiste Debret (1768-1848) foi um artista francês, convidado pela Coroa portuguesa para vir ao Brasil enaltecer os colonizadores, porém, chegando ao país, ele se depara com uma situação aviltante e decide utilizar suas obras para denunciar a humilhação, a penúria e a agressão sofrida pelos escravos. Devido ao caráter crítico de seus quadros, eles foram rejeitados pela comissão do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB) em 1840 (Leenhardt, 2013).

#### 4.4 O PUNITIVISMO AO LONGO DA HISTÓRIA BRASILEIRA

O primeiro aspecto a pontuar, quando se abordam as práticas punitivas na passagem do Brasil Colônia para o império, é a ideia de que as inovações político-administrativas da primeira metade do século XIX teriam eliminado práticas retrógradas, como os castigos físicos como método de contenção e correção dos sujeitos tidos como desviantes. Trata-se justamente do contrário. Podemos falar mais em manutenção das práticas de chicotear as costas dos escravos negros africanos do que no rompimento com tais sanções corporais.

Quando o país tornou-se independente da Coroa, novas demandas foram criadas, tais como a reorganização administrativa e a constituição das estruturas essenciais do Estado moderno. Quanto ao sistema punitivo, foi necessário intenso debate sobre como seria organizado e quem seriam os responsáveis pelas instituições correcionais. Havia, na época, uma disputa entre os governantes provinciais e as elites locais pela primazia sobre o direito de punir. “Mas no fundo, o que estava em jogo mesmo era a legitimação do monopólio estatal da violência, um dos princípios constitutivos do Estado moderno” (Aguirre, 2009, p. 39).

Ao menos na letra da lei, a Constituição Imperial de 1824 extinguiu a tortura e os castigos físicos. Conforme o art. 179, inciso XIX, “desde já ficam abolidos os açoites, a tortura, a marca de ferro quente, e todas as mais penas cruéis” e, no inciso XXI do mesmo artigo, determinou que “as cadeias serão seguras, limpas, e bem arejadas, havendo diversas casas para separação dos réus, conforme suas circunstancias, e natureza dos seus crimes” (Constituição Imperial, 1824). O fato é que a mudança jurídica não foi capaz de alterar de imediato a realidade concreta, visto que a prática escravista, cuja matriz se assentava na transformação do negro em propriedade do seu senhor, demandava instituições carcerárias parecidas com aquelas encontradas na antiga colônia.

Em 1830 foi editado o Código Criminal<sup>76</sup> do novo regime, cuja essência corroborava com a Constituição Imperial promulgada seis anos antes, qual seja, a ratificação da inspiração liberal dos juristas brasileiros, incorporando as penas com trabalhos forçados, prática que afluía em diversos países europeus e nos EUA no mesmo período. Outra característica fundamental do Código diz respeito aos crimes políticos. Toda a segunda parte do código trata dos “crimes contra a existência política do Império”, demonstrando que havia enorme preocupação com a consolidação da República nascente (Código Criminal, 1830).

---

<sup>76</sup> O termo utilizado à época foi Código Criminal, que equivale ao Código Penal da atualidade.

Apesar da inspiração liberal de igualdade social, presente tanto na Constituição Imperial quanto no Código Criminal, as primeiras prisões previstas nessas legislações foram instaladas somente duas décadas depois. Durante todo o período anterior, as cadeias preservaram a função carcerária, aliada aos castigos físicos e à tortura. Segundo Santos (2009), esse intervalo de tempo também foi marcado pelo uso intensivo e aumento da mão de obra escrava por parte do poder público, inaugurada com a vinda da família real, em 1808. A chegada repentina de grande número de pessoas que acompanhavam a família real apresentou desafios relacionados à urbanização, atenuados pelo trabalho compulsório dos escravos. Além das obras públicas, o próprio funcionamento de instituições públicas dependia desse tipo de mão de obra, pois as repartições precisavam ser abastecidas de água e mantimentos, cabendo aos negros conhecidos como “libambos” ou “tigrados”<sup>77</sup> as tarefas supracitadas (Santos, 2009).

Assim, as punições das primeiras décadas do século XIX eram destinadas majoritariamente aos escravos revoltos, tanto aos considerados propriedades particulares quanto aos utilizados pelo poder público. Embora as legislações tivessem inspiração europeia e estadunidense, cujos princípios assentavam-se no direito à igualdade, a realidade concreta era muito mais complexa, pois exigia a conservação de castigos físicos, típicos de uma sociedade escravocrata. As sanções eram exclusivamente com viés punitivo, inexistindo na pena qualquer pretensão pedagógica.

A partir dos anos 1850, pressões internas e externas pela abolição da escravatura passaram a exercer um importante papel na alteração do sistema punitivo brasileiro. A Lei do Ventre Livre (1871), a Lei do Sexagenários (1885) e a Lei Áurea (1888) apontaram para uma nova configuração das relações produtivas, até então incipientes no país. Como não poderia deixar de ser, novas relações produtivas implicaram em novos processos de socialização e, conseqüentemente, novas instituições punitivas.

Na segunda metade do século XIX, foi inaugurada a Casa de Correção da Corte do Rio de Janeiro, cuja finalidade voltava-se para um caráter regenerativo e não punitivo – ao menos na letra da lei. No entanto, diversos são os autores (Pedroso, 2004; Santos, 2009; Aguirre, 2009) que apontam para o insucesso do objetivo pedagógico da Casa de Correção, tanto pelo engessamento interno quanto pela escassez de recursos para as despesas da instituição. Outro

---

<sup>77</sup> Os “libambos” eram escravos detidos, que recebiam a tarefa de carregar água para as repartições públicas. Os “tigrados” podiam ser tanto escravos particulares quanto prisioneiros empregados nos serviços de limpeza, transporte e esvaziamento dos urinóis.

fator, não menos importante, diz respeito aos preconceitos existentes à época, pois os destinatários da reforma penal eram considerados inferiores, localizados nos estratos sociais mais baixos da sociedade (Aguirre, 2009, p. 45).

A população prisional crescia de forma vertiginosa, a ponto de que, em 1849, o governo imperial decidisse utilizar a unidade prisional existente em Fernando de Noronha. De acordo com Santos (2009), o presídio da ilha foi construído inicialmente para uso militar, mas, com a superlotação da Casa de Correção, passou também a abrigar civis. A ideia de isolar completamente os “criminosos” em ilhas, que, por estarem cercadas de mar por todos os lados dificultavam as fugas e diminuía a necessidade de investimentos em segurança, foi materializada também na construção do segundo presídio de mesmo caráter: a Colônia Correcional de Dois Rios, na Ilha Grande, em 1894 (Santos, 2009, p. 90).

Outra alternativa adotada na segunda metade do século XIX foi a prestação de serviços militares, ou seja, milhares de pessoas consideradas suspeitas, sendo em sua maioria pobres e negros, foram recrutadas à força pelo aparato militar. O objetivo foi utilizar a conscrição como mecanismo de castigo, pois se acreditava que a disciplina do exército seria capaz de punir e corrigir pessoas consideradas uma ameaça à coesão social (Aguirre, 2009, p. 49).

A chamada Proclamação da República, em 1889, foi fruto das transformações sociais que vinham ocorrendo no período. Lembremos que são dessa época a Lei Áurea (1888), as primeiras indústrias instaladas no país e todas as consequências sanitárias e sociais decorrentes do inchaço das grandes cidades. Uma nova dinâmica econômica e social exigiu uma nova organização política. Eis o contexto de passagem do regime imperial para o republicano no Brasil.

As primeiras fábricas têxteis foram instaladas no Rio de Janeiro, capital do país à época, e São Paulo. Em 1884, o Brasil contava com 27 fábricas têxteis, sendo que dez das maiores delas, responsáveis por quase metade do estoque de teares, foram inauguradas entre 1870 e 1875 (Versiani & Versiani, 1978 p. 129). A aprovação de três leis importantes em 1888 (Lei Bancária, Abolição da Escravatura e Auxílio à Lavoura) auxiliaram no processo de desenvolvimento econômico do setor produtivo e agrário (Suzigan, 2000, p. 372-379). A partir de então, o país foi palco do crescimento abrupto das indústrias têxteis, metal-mecânicas, bebidas, alimentos, dentre outras. Essa política expansionista promoveu maior circulação de moedas e permitiu grande fluxo de importação de máquinas industriais. No final

do século XIX e início do XX, a economia nacional estava pronta para se inserir, de fato, no sistema capitalista.

O planejamento urbano não acompanhou o ritmo de mudanças na economia, ficando aquém do necessário e causando sérias consequências à vida da população nas grandes cidades. A libertação não planejada dos negros da escravidão, o início da industrialização e o processo de urbanização no Brasil aumentaram o número de andarilhos e miseráveis. Como não poderia deixar de ser, tudo isso levou ao aumento da repressão, do número de encarcerados e de iniciativas que pudessem conter o crescimento dos índices de criminalidade.

Quanto às questões legais, o advento da República trouxe consigo o Código Penal em 1890, que instituiu tipos penais e duas categorias de desvios: os crimes e as contravenções. “A entrada do ‘duplo ilícito’, ou seja, do crime e da contravenção no Código Penal de 1890, pode ser vista como a contrapartida da elite republicana à liberdade adquirida pelos escravos no período imediatamente anterior” (Santos, 2009, p. 105).

Um ano depois da promulgação do Código Penal, foi aprovada a primeira Constituição depois da República, em 1891, cuja essência, assim como ocorreu na Constituição de 1824, assentava-se no direito à igualdade. A intenção, na letra da lei, era acabar com os privilégios de nascimento, regalias e quaisquer injustiça decorrente dos laços de sangue. No que diz respeito ao sistema prisional, ela inovou ao prever o *habeas corpus*, presente até os dias atuais, remédio jurídico contra excessos do aparelho repressor. Apesar dos avanços legais, a realidade concreta continuava imersa na precariedade. As instituições destinadas à reabilitação das pessoas em conflito com a lei, pela falta de recursos e investimentos, eram verdadeiras depositárias de pessoas. Santos (2009) chegou a dizer que “apesar do texto da lei, do discurso de parlamentares e demais autoridades sobre a importância do papel reabilitador do cárcere, o tratamento dado aos presos caracterizava-se por práticas que eram comuns ao período escravista” (Santos, 2009, p. 109).

Em conflito com o ideário preconizado na Constituição de 1891, mas não com as necessidades das relações econômicas e sociais do período, os castigos físicos e o uso de prisioneiros em obras públicas, típico da escravidão, mantiveram-se como práticas recorrentes. Em setembro de 1899, o Código Penal da Armada voltou a autorizar os castigos corporais<sup>78</sup> e entre 1916-1920 vigorou a proposta do então deputado Washington Luis, que

---

<sup>78</sup> Em novembro de 1910, os castigos corporais nas forças armadas foram o estopim para a Revolta da Chibata,

previa a utilização de presidiários na abertura e conservação de estradas de rodagem (Alvarez *et al.*, 2003, p. 8).

Da mesma maneira que ocorreu na passagem da Colônia para o Império, as inovações jurídicas no quesito punição não encontraram respaldo nas instalações físicas, perdurando os abusos e a superlotação, depois da Proclamação da República. Dessa forma, até o fim da chamada Primeira República, em 1930, não havia um regulamento específico sobre o sistema penitenciário brasileiro.

Entre 1937 e 1945, o país vivenciou o período conhecido como Estado Novo. A Carta Constitucional que direcionou as políticas públicas desse período previu as tradicionais penas de prisão e incluiu o exílio contra adversários políticos e, até mesmo, a pena de morte a pessoas que se enquadrassem em algumas das seguintes situações:

a) tentar submeter o território da Nação ou parte dele à soberania de Estado estrangeiro; b) tentar, com auxílio ou subsídio de Estado estrangeiro ou organização de caráter internacional, contra a unidade da Nação, procurando desmembrar o território sujeito à sua soberania; c) tentar por meio de movimento armado o desmembramento do território nacional, desde que para reprimi-lo se torne necessário proceder a operações de guerra; d) tentar, com auxílio ou subsídio de Estado estrangeiro ou organização de caráter internacional, a mudança da ordem política ou social estabelecida na Constituição; e) tentar subverter por meios violentos a ordem política e social, com o fim de apoderar-se do Estado para o estabelecimento da ditadura de uma classe social; f) o homicídio cometido por motivo fútil e com extremos de perversidade. (Carta Constitucional, 1937, art. 13).

A pena de morte, punição mais radical que uma pessoa poderia sofrer, estava prevista principalmente para aqueles que atentassem contra a nação brasileira, vide o contexto da II Guerra Mundial e o crescimento dos partidos comunistas espalhados por diversos países, inclusive no Brasil. Contudo, cumpre lembrar que no mesmo ano (1937), o então presidente, Getúlio Vargas, foi alçado à figura máxima de um regime ditatorial que perduraria até 1945. Dessa forma, a preocupação com a defesa da nação, prevendo inclusive pena de morte àqueles que atentassem contra ela, pode ser interpretada como um mecanismo de preservação da ditadura Vargas, punindo severamente os que se opusessem ao novo regime. Além dos crimes contra a nação, a pena de morte também podia ser aplicada a pessoas que cometessem homicídio por motivo fútil e com extremos de perversidade, vide item “f” do art. 13 supracitado, ou seja, também havia previsão de pena de morte a crimes sem intenções políticas (Carta Constitucional, 1937).

---

um motim naval no Rio de Janeiro, resultado do uso de chibatadas por oficiais brancos ao punir marinheiros negros.

Após a ditadura Vargas, em 1946, no bojo do projeto nacional-desenvolvimentista, foram extintas as penas de exílio, confisco, prisão perpétua e a pena de morte ficou restrita à legislação militar em tempo de guerra.

A década de 1960 foi marcada pelo Golpe Militar (1964-1985), cujas cicatrizes perduram até os dias de hoje. O aparato repressivo estatal foi fundamental à manutenção do regime. A sexta Carta Constitucional brasileira, outorgada em 1967, preservou o sistema penitenciário como atribuição da União e repetiu que era dever do Estado respeitar a integridade física e moral do detento e do presidiário<sup>79</sup>. Porém, o regime ditatorial foi marcado por prisões arbitrárias, perseguições, torturas e pessoas desaparecidas<sup>80</sup>.

Nos anos 1980, vivenciamos o processo de abertura política, também conhecido como redemocratização, que culminou na promulgação da nova Constituição Federal (1988). Com ela, os tratamentos desumanos ou degradantes e a prática de tortura foram legalmente banidos. Também as penas passaram a ser individualizadas de acordo com a natureza do delito, idade e sexo, bem como a própria pena passou a ser cumprida de forma alternativa à privação de liberdade, por meio de prestação social. Os frutos (positivos e negativos) gerados por essa Constituição ainda estão presentes na atualidade.

Apesar dos avanços, como em tempos anteriores, a realidade concreta está muito distante das previsões legais. No mundo real, são inúmeros casos de encarceramentos sem ordem judicial (Adorno, 2006, p. 46) e superlotação nas penitenciárias. De acordo com dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), publicado em 2017, o número de pessoas privadas de liberdade aumentou em mais de 100 mil no período de dois anos, passando de 622 mil, em 2014, para 726 mil, em 2016. Esse número equivale a quase o dobro das 368 mil vagas existentes nas penitenciárias, ou seja, a superlotação chega a 197%. O número de pessoas privadas de liberdade vem crescendo desde os anos 1990. No ano 2000, o Brasil tinha 137 pessoas encarceradas por grupo de 100 mil habitantes. Em junho de 2016, essa taxa chegou a 352,6 pessoas encarceradas por grupo de 100 mil habitantes, um aumento de 157% (Ministério da Justiça 2014).

Cumpre lembrar que o aumento do aprisionamento não tem significado diminuição nos índices de violência. Segundo dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2018),

---

<sup>79</sup> Detento e presidiário são termos utilizados no artigo 150, inciso 14, da Constituição Brasileira de 1967.

<sup>80</sup> Não é objetivo desse trabalho o aprofundamento nos bárbaros crimes estatais da ditadura militar. Para esse fim, recomendamos a coleção de Elio Gaspari: *A Ditadura Escancarada* (2002), *A Ditadura Envergonhada* (2002), *A Ditadura Derrotada* (2003) e *A Ditadura Encurralada* (2004).

o Brasil registrou 63.895 mortes violentas intencionais em 2017, o que significa um crescimento de 2,9% em apenas um ano, atingindo uma taxa de 30,8 por 100 mil habitantes, quando o aceitável pela Organização das Nações Unidas é 10 por 100 mil, ou seja, o país tem três vezes mais mortes violentas do que o aceitável (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018, p. 6).

Além dos encarceramentos sem ordem judicial e da superlotação nos presídios, outras questões merecem atenção, como é o caso dos filhos das mulheres privadas de liberdade. Mesmo tendo o direito à amamentação, o texto constitucional não estabeleceu um prazo para que as crianças convivessem com as mães nas situações de privação de liberdade, ficando a cargo de cada Estado fixar essa normativa. Segundo Mattos (2008), quando a criança é amamentada dentro das cadeias e penitenciárias, ela passa a ser punida antes mesmo de aprender a falar, pois “a pena acaba passando da pessoa da própria mulher e incidindo sobre o seu rebento” (Mattos, 2008, p. 9). O autor argumenta, ainda, que 87% das mulheres privadas de liberdade no Brasil são mães, sendo que 65% são solteiras. Some-se a isso o fato de que a taxa de abandono de crianças e internações em instituições asilares corresponde a 20% dos filhos das mulheres encarceradas, tornando a situação ainda mais grave (Mattos, 2008, p. 20).

Em suma, ao longo da história brasileira, desde o Brasil Colônia, no século XIX, até os dias atuais, presenciamos uma incoerência entre o que apregoam as legislações e o que ocorre na realidade concreta. A realidade das penitenciárias, conforme demonstramos, é simplesmente caótica e infelizmente os manicômios judiciários, à medida que se encontram lotados no sistema prisional, padecem da mesma precariedade.

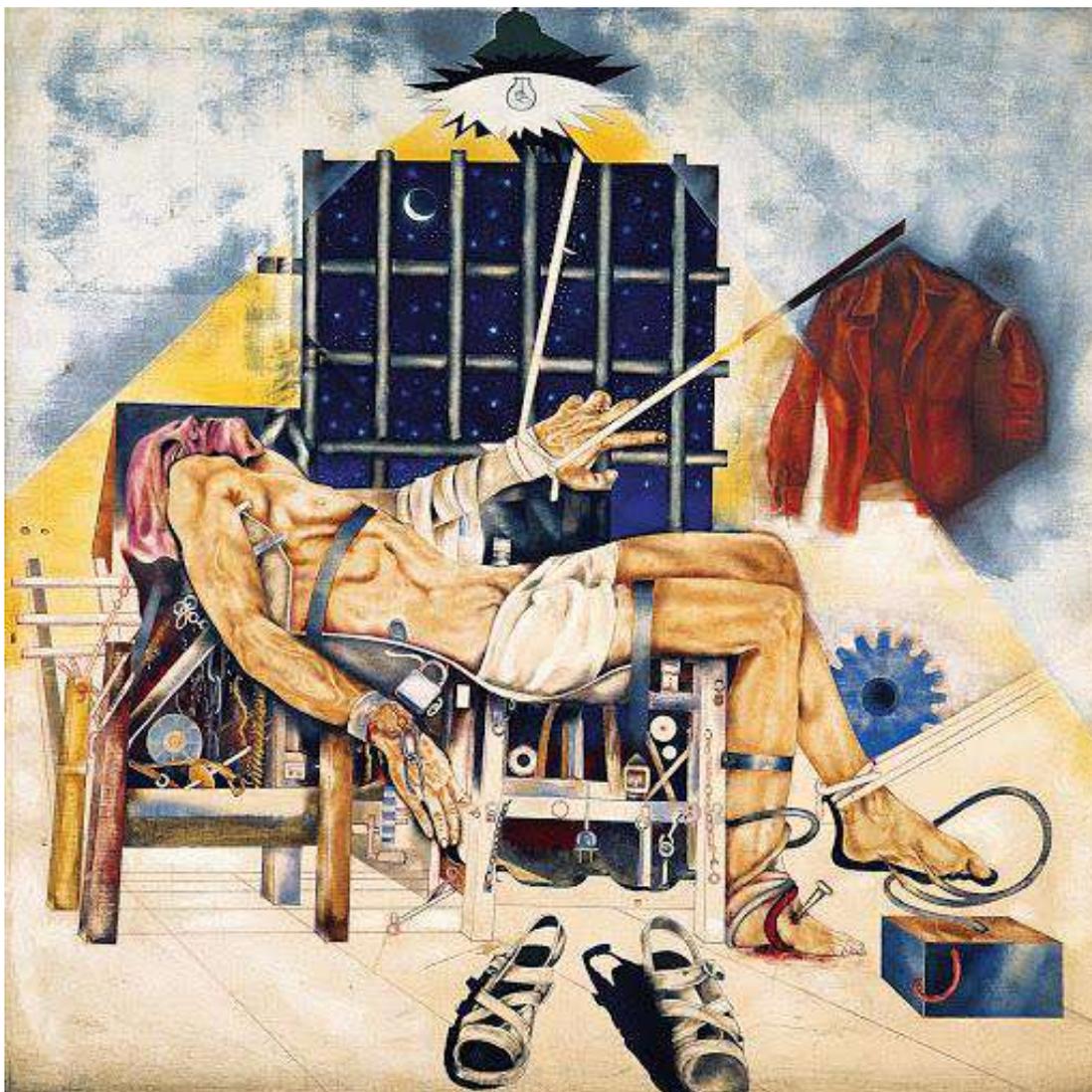


Figura 26: 25 de outubro (1981) – Elifas Andreato<sup>81</sup>  
Fonte: Instituto Vladimir Herzog (2015).

#### 4.5 O ESTADO E OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO PERÍODO FORDISTA

Vimos até aqui o quanto as configurações de Estado estiveram intimamente vinculadas às questões econômicas e sociais e o quanto direitos impressos em legislações respondem às demandas de uma época e a uma forma de exploração típica do modelo econômico vigente.

---

<sup>81</sup> Elifas Andreato (1946-) é artista que enfrentou a ditadura militar, produzindo a capa de 362 discos, com destaque para a *Ópera do Malandro*, de Chico Buarque. Na obra *25 de outubro*, ele homenageia Vladimir Herzog (1937-1975), diretor de telejornalismo da TV Cultura que foi preso e torturado durante a Ditadura Militar no Brasil (Instituto Vladimir Herzog, 2015).

Abordamos também os elementos conjunturais e contornos sociais específicos, que fundamentaram o desenvolvimento do Estado moderno no ocidente, bem como a história das punições nos códigos brasileiros.

Agora, diante dos elementos apresentados até aqui, resta-nos apresentar quais foram e como eram as particularidades econômicas e políticas do século XX, suas respectivas exigências aos Estados e como o aumento da repressão e do encarceramento fazem parte de uma fase específica do modelo produtivo. O capitalismo, como sabemos, para se reproduzir, lança mão de conformações peculiares diante de novas configurações econômicas e sociais e, segundo nosso entendimento, o aumento no número de pessoas encarceradas e atual precariedade dos manicômios judiciários fazem parte de uma etapa específica de reprodução do capital.

O centro da nossa argumentação baseia-se no entendimento do que significou o período denominado como fordismo, compreendido entre o pós-Segunda Guerra Mundial e as crises da década de 1970, e no pós-fordismo, inaugurado a partir dos anos de 1970, chamado também de modelo neoliberal. Tais etapas do capitalismo, obviamente, demandam a conformação de modelos particulares de Estado, exigindo readaptação das instituições a ele associadas – dentre elas as escolas, as prisões, os hospitais, os manicômios judiciários, dentre outras.

O modo fordista de produção pode ser compreendido como um modelo aperfeiçoado do seu antecessor: o taylorismo, desenvolvido pelo engenheiro Frederick W. Taylor (1856-1915), cujo foco está na hierarquização e sistematização dos postos de trabalhos das indústrias. Cada trabalhador deveria desenvolver uma atividade específica no sistema produtivo. Como decorrência, ele seria monitorado a todo instante, a fim de cumprir sua tarefa no menor tempo possível. “A experiência prévia e a qualificação intrínseca dos trabalhadores tornam-se tendencialmente menos necessárias a uma linha de produção na qual as atividades de trabalho são previamente estabelecidas e o controle intensificado” (Mascaro, 2013, p. 119).

Uma das indústrias que adotou o modelo gerencial taylorista foi a Ford Motor Company, pioneira no ramo automobilístico, propriedade do engenheiro mecânico Henry Ford (1863-1947), que aperfeiçoou a administração proposta por Taylor, desenvolvendo o modelo conhecido como fordismo. As principais características dessa forma gerencial é a dinamização do tempo de produção, equilíbrio dos estoques, maximização da extração de mais-valia e produção em massa. O modelo espalhou-se rapidamente entre os países

capitalistas e foi essencial à consolidação da hegemonia estadunidense entre os países mais desenvolvidos.

Foi depois da crise econômica de 1929 que os Estados Unidos direcionaram suas políticas econômicas para a consolidação de um regime capitalista de massas, afinando-se ao modelo fordista de produção.

Por meio de políticas destacadamente intervencionistas, a economia dos Estados Unidos estabelece então, numa base taylorista de produção em série de objetos de consumo estandarizados – como o automóvel –, arranjos sociais que expandem o mercado de trabalho e de consumo. As relações de tipo capitalista passam a penetrar em amplas regiões do tecido social, desconstituindo formas tradicionais de trabalho, de consumo e mesmo de vida. O padrão mercantil alcança exponenciada sistematicidade no todo social. (Mascaro, 2013, p. 119).

O fordismo estabeleceu-se com um Estado protagonista de políticas de incentivos, a fim de promover infraestruturas, desenvolver mecanismos de negociações coletivas no mundo do trabalho e alastrar o modo de vida capitalista, baseado no consumismo e no trabalho assalariado, a nichos sociais considerados pré-capitalistas ou tradicionais. Nada poderia escapar ao estilo de vida capitalista, no plano ideológico alarga-se a crença no progresso e na expectativa de que, por meio da presença estatal, as crises e contradições do capital seriam amenizadas, garantindo melhores condições econômicas à classe trabalhadora.

Durante a escalada estadunidense para o centro do capital mundial, o Brasil ficou na margem do sistema. Assim como os demais países da América Latina, ele sentiu os efeitos da industrialização fordista de forma periférica, incipiente e tardia. Cumpre destacar que a massificação do fordismo e suas consequências afetou cada país de maneira própria, fato que levou importantes pensadores brasileiros do século XX, como Caio Prado Junior (1907-1990), Florestan Fernandes (1920-1995) e Celso Furtado (1920-2004), a desenvolverem teorias a respeito do desenvolvimento econômico no Brasil.

Caio Prado Junior (1966) entende que o Brasil guarda traços do Período Colonial, o que obstaculiza a entrada do país no seio do capitalismo mundial. Ele critica o fato de algumas correntes teóricas, em especial as assumidas pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB), quererem transplantar modelos oriundos de países com suas forças produtivas desenvolvidas, não respeitando a particularidade de cada território. Segundo o autor, seria preciso compreender o real sentido da colonização brasileira e buscar entender em que medida

os traços desse período histórico ainda se faziam sentir no Brasil de meados do século XX (Prado Junior, 1966).

Florestan Fernandes (2008), corroborando a tese de dependência como resquício do Período Colonial, afirma que o capitalismo brasileiro foi fortemente influenciado por aspectos globais, visto que a exploração do país por parte da Coroa portuguesa coincidiu com a crise do mundo medieval e foi fundamental para o desenvolvimento do capitalismo europeu, contribuindo para a manutenção de resquícios da era colonial mesmo após a independência política. Segundo o autor, após a independência, os laços coloniais apenas mudaram de caráter jurídico-político para puramente econômicos, ou seja, o Brasil não se tornou, de fato, independente dos países europeus, mas somente mudou o caráter da dependência (Fernandes, 2008).

Segundo Celso Furtado (2005), o desenvolvimento da economia mundial é fundamentalmente desigual, pois compreende, de um lado, os países desenvolvidos (centro) e, de outro, os países subdesenvolvidos (periferia). No caso do Brasil, o autor apresenta duas fases de desenvolvimento econômico, a economia exportadora e a economia de mercado interno, sendo que essa última é considerada a receita para a superação do subdesenvolvimento, pois a partir dele haveria propulsão da indústria nacional e, com ela, o fim das relações de trocas desiguais com o centro e a ruptura das relações de dependência. O comportamento das economias subdesenvolvidas não pode ser explicado sem levar em conta “as normas que regem sua inserção no sistema econômico internacional” (Furtado, 2005, p. 78).

Depois da crise de 1929 que abalou o mundo, o Brasil passou a contar com a diversificação na exportação e a colocar em prática um projeto desenvolvimentista, cujo foco era impulsionar a indústria nacional, a fim de torná-lo independente das economias mundiais. O próprio Celso Furtado influenciou nos rumos da economia brasileira quando, durante o segundo governo Vargas (1951-1954), dirigiu o Grupo Misto de Estudos, composto pela Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) e o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), cuja tarefa foi coletar e produzir dados estatísticos e realizar estudos que servissem de base ao planejamento do governo.

Apesar desse período de desenvolvimento da indústria nacional e do mercado interno, permaneceu a veia subdesenvolvimentista brasileira, tanto durante a industrialização induzida pela expansão das exportações, quanto no decorrer da industrialização substitutiva de

importações, caracterizando aquilo que Furtado chamou de “subdesenvolvimento industrializado” (Furtado, 1983, p. 73-8). De fato, o processo de industrialização no Brasil não trouxe consigo a tão desejada independência econômica<sup>82</sup>. Ao contrário, houve o aprofundamento dos laços de dependência que ligavam a economia brasileira aos centros capitalistas mundiais, a partir do processo de internacionalização do mercado interno, com a entrada em larga escala do capital estrangeiro no país.

A entrada do capital estrangeiro no Brasil ocorreu principalmente nas décadas intermediárias do século XX, quando o principal motor do capitalismo expansionista, os EUA, maior potência econômica, política e militar depois da II Guerra Mundial, capturaram e exportaram a dinâmica econômica fordista. “A crescente interdependência das economias capitalistas mundiais em face dos Estados Unidos faz com que o fordismo se imponha como sistema em escala internacional” (Mascaro, 2013, p. 120).

Isso significa que o Brasil, ao se inserir na lógica econômica industrial fordista, sob a égide estadunidense, enquanto país subdesenvolvido e industrializado, adentra num modelo de socialização que requer, inevitavelmente, mesmo considerando as características coloniais internas, a constituição de um modelo de Estado específico, com determinadas instituições e aparatos típicos do capitalismo fordista. É nesse contexto que os manicômios judiciários foram idealizados e inaugurados no Brasil.

Lembremos que o fordismo pressupõe a acumulação intensiva, produção e consumo de massa, sendo responsabilidade do Estado o provimento de infraestrutura e rede de proteção social, caracterizando essa fase de capitalismo monopolista. O Estado passa a ser o núcleo central de irradiação econômica.

Se nas fases anteriores ao fordismo a concorrência entre particulares se estabelecia como padrão, anelando-se à forma estatal como corolário necessário mas mantendo diferenças entre si, no fordismo há um entrelaçamento do capital e do Estado, esparramando-se ambos no todo social. O keynesianismo, corolário de uma ação estratégica político-econômica do fordismo, baseado na proeminência estatal e social na orientação do processo de acumulação, esprou-se, embora com variantes extremas, de modo mundial. (Mascaro, 2013, p. 121).

---

<sup>82</sup> Conforme abordamos anteriormente, se no plano econômico o Brasil permaneceu dependente dos países desenvolvidos, no social, houve mudanças significativas. A industrialização nacional trouxe consigo os conhecidos problemas urbanos. O fim do século XIX e, em especial, a primeira metade do século XX foram marcados pelo aumento significativo de pessoas que abandonaram suas vidas no campo para engordar os cinturões das periferias das grandes cidades, vendendo suas respectivas forças de trabalho para as promissoras indústrias da época. A consequência desse processo de inchaço repentino e não planejado das grandes cidades foi o aumento da pobreza, da criminalidade e dos problemas sanitários.

O keynesianismo caracteriza-se como um conjunto de teorias e medidas formuladas pelo economista John Maynard Keynes (1883-1946), que defendia a necessidade de uma presença marcante do Estado na economia, com foco na garantia do pleno emprego e controle da concentração excessiva de renda e riqueza (Carvalho, 2008). A doutrina keynesiana defende um Estado forte que, por um lado, seja capaz de expandir o modo fordista aos rincões rurais e tradicionais, garantindo a regulação econômica e o pleno emprego, e que, por outro, ofereça as condições mínimas de subsistência à população pobre, inserindo-a no mercado consumidor.

Durante o período da industrialização brasileira, na primeira metade do século XX, constatamos que as soluções para os problemas sociais, decorrentes da urbanização, eram abordados sob múltiplos argumentos e fundamentações. Da mesma monta que verificamos um aumento da repressão estatal, muitas vezes com objetivos segregacionistas, conforme apontamos no primeiro capítulo<sup>83</sup>, percebemos também a estruturação, por parte do Estado, de um conjunto de instituições, leis e ações que melhorassem as condições de vida das populações vulneráveis e diminuíssem as mazelas sociais.

No que diz respeito à forma como a repressão foi abordada nos códigos brasileiros ao longo da história, dissemos há pouco que, desde a Constituição Imperial de 1824 até a Constituição de 1988, houve um descompasso entre os direitos expressos nas leis e a realidade concreta. Enquanto as leis, frutos de pressões nacionais e internacionais que ensejavam práticas keynesianas no Brasil, expressavam o desejo de que as cadeias fossem “seguras, limpas, e bem arejadas, havendo diversas casas para separação dos réus, conforme suas circunstâncias, e natureza dos seus crimes” (Constituição Imperial, 1824), a situação real estava muito distante. A história econômica e social brasileira foi marcada por traços da colonização, que dificultaram a materialização do intento expresso em leis e mantiveram práticas escravistas, castigos físicos e tortura.

Paralelamente à realidade repressiva, a primeira metade do século XX foi marcada também por uma reorganização do papel do Estado, com a presença de determinadas políticas públicas de impacto social, voltadas à educação, à saúde e ao trabalho. A industrialização sob o modelo fordista, o crescente movimento operário, a revolução soviética de 1917 e a

---

<sup>83</sup> No primeiro capítulo, argumentamos que o clamor popular para que os problemas da vadiagem, mendicância e criminalidade fossem resolvidos rapidamente materializou-se em diversas leis e decretos, ancorados na perspectiva eugênica, com foco na repressão de negros, imigrantes, ambulantes, vendedores de jogo de bicho, jogadores profissionais, mendigos, loucos, prostitutas e organizadores do movimento operário.

necessidade de dar cabo dos problemas sanitários decorrentes da urbanização foram alguns dos fatores que influenciaram algumas iniciativas de fortalecimento de políticas sociais.

Após 1930, a educação tornou-se uma questão nacional, com a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, criação de universidades federais e gratuidade para o ensino primário. Em 1923, foram regulamentadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) – ainda restritas a setores mais atuantes na política, como os ferroviários e marinheiros, ligados à exportação (Oliveira & Teixeira, 1985). As CAPs constituem um marco importante na história da previdência social, pois, a partir de então, os trabalhadores passaram a ter direito à aposentadoria por invalidez ou por tempo de contribuição, pensão por morte e assistência médica. O financiamento desse fundo de previdência ficou sob a responsabilidade do patronato e dos trabalhadores, deixando o Estado de fora, nesse momento. Nos anos de 1930, durante a primeira Era Vargas, as CAPs deram lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que ampliaram o número de categorias beneficiadas, incluindo bancários, comerciários, industriários e marinheiros. A mudança também incluiu o Estado como contribuinte de 15% do fundo de previdência (Fortes, 2011).

Ainda na década de 1930, a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) auxiliou no delineamento do sistema de proteção social brasileiro, compreendendo a política de proteção ao trabalhador – com obrigatoriedade da carteira de trabalho, jornada máxima de trabalho de oito horas diárias, direito a férias e a lei do salário-mínimo (Baptista, 2007).

Como vemos, a reestruturação produtiva, mesmo que incipiente e periférica no Brasil, trouxe mudanças nos modos de socialização, urbanização e uma série de problemas sociais e sanitários. A origem dos manicômios judiciários responde tanto à demanda por repressão, conforme apresentamos no primeiro capítulo<sup>84</sup>, quanto é consequência de uma concepção de Estado regulador da economia, das relações de trabalho e provedor de garantias mínimas para subsistência da população.

As contradições de funções originárias, presentes no manicômio judiciário, não significa, em nenhuma hipótese, que a análise da totalidade, dessa e de outras instituições, deva adentrar no relativismo, como se o elemento terapêutico tivesse o mesmo peso que o repressivo. Sabemos que o capitalismo caracteriza-se, dentre outras coisas, por ser um sistema

---

<sup>84</sup> Pág. 39.

econômico-político capaz de capturar e ressignificar, nas malhas das contradições, elementos que possam se contrapor à finalidade principal. Isso significa que o caráter terapêutico e humanitário dos manicômios judiciários, no âmbito da democracia burguesa, serve, contraditoriamente, para legitimar o elemento repressivo.

Feita a devida ressalva, passamos a apresentar algumas características dos manicômios judiciários no período fordista, que, em nossa concepção, diferenciam-se das características do período pós-fordista. Se atualmente os manicômios judiciários estão em descompasso com os princípios da Rede de Atenção Psicossocial, que se fundamentam no que há de mais avançado em termos científicos, na origem os manicômios judiciários foram erguidos sob o alicerce da mais moderna ciência da época.

A busca pelo sucesso dos manicômios judiciários, na primeira metade do século XX, era imensa, tanto é que contavam com a participação, entre seus dirigentes, de profissionais e pesquisadores renomados. Heitor Pereira Carrilho<sup>85</sup>, um dos grandes nomes da psiquiatria brasileira, tanto pela sua intervenção política e administrativa quanto pelas pesquisas e publicação de artigos e livros, foi o primeiro diretor do primeiro manicômio judiciário do país, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, construído em 1921.

Outro grande entusiasta da construção do manicômio judiciário foi Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional dos Alienados, de 1903 a 1930. Criador da Secção Lombroso dentro do hospital, concluiu seu doutorado aos 18 anos, com a tese *Sífilis maligna precoce*, tornou-se professor da Faculdade de Medicina da Bahia aos 23 anos e publicou diversos trabalhos no campo da psiquiatria (Olda & Dalgalarro, 2000).

Depois da morte de Carrilho, em 1954, a instituição passou a ser dirigida por Lysânias Marcelino da Silva, que ficou no cargo até março de 1956, quando assumiu o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), durante a administração Kubitscheck (1956-1960). Lysânias foi professor do Instituto de Psiquiatria, pesquisador e autor de vários trabalhos, “devendo-se destacar *Terapêutica Psiquiátrica, Eletroconvulsoterapia e Gravidez, Investigações terapêuticas com a dinitrila succínica, Adenoma basófilo com evolução lenta e virilização e Lobotomia em pacientes esquizofrênicos*” (Carvalho, 1954).

Poderíamos citar ainda Afrânio Peixoto, Henrique Belfort Roxo, Rodrigo Ulisses, Oswaldo Domingues de Moraes, Maurício de Medeiros, Aduino Botelho, Jurandir Manfredini

---

<sup>85</sup> No primeiro capítulo, apresentamos a importância de Carrilho para a psiquiatria e para a medicina legal brasileira.

e uma diversidade de outros psiquiatras de renome nacional e internacional da primeira metade do século XX. Todos eles figuraram entre os pesquisadores e colaboradores dos periódicos *Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, publicação que vigorou de 1930, semestralmente, até a década de 1960.

Os “Archivos” foi a primeira revista brasileira especializada em psiquiatria, cujo material de pesquisa era privilegiado. Os exploradores tinham ao seu dispor sujeitos acusados de crimes, protagonistas de casos emblemáticos da relação entre crime e loucura. Contavam ainda com autonomia científica e uma estrutura que garantia a realização de testes e verificações (Amarante, 2004, p. 19). A própria existência de uma publicação semestral, administrada pelo diretor da instituição, cujo foco era abordar o que era de mais atualizado no campo da psiquiatria, já demonstra que o manicômio judiciário recebeu muita atenção por parte do poder público, da academia e de profissionais renomados.

Circulavam nos corredores do manicômio judiciário pessoas com muita influência política. Carrilho, por exemplo, chegou a escrever artigos sugerindo a aprovação de leis que garantissem a presença de médicos nas prisões convencionais (Carrilho, 1931, p. 8). Redigiu também um anteprojeto de lei para criação de Institutos de Antropologia Criminais (IAC), que funcionariam anexos aos estabelecimentos penais com o objetivo de examinar todos os reclusos (Carrilho, 1931, p. 19).

O manicômio judiciário era motivo de intensos debates do meio político, a ponto de ser citado pelo Ministro da Justiça, Francisco Campos, numa entrevista concedida em 15 de abril de 1938. Nela, o ministro apresenta a importância da instituição na defesa social contra os degenerados. Segundo o professor Roberto Lyra (1938), o ministro teria sugerido ser “necessário defender a comunhão social contra todos aqueles que se mostram perigosos à sua segurança” (Lyra, 1938, p. 11).

Percebemos que, até meados do século XX, os manicômios judiciários assumiam certa centralidade no quesito crime-loucura, recebendo atenção por parte de pesquisadores, profissionais e legisladores. O Estado proveu essas instituições com recursos para publicações e contratações dos mais importantes psiquiatras da época, demonstrando que, mesmo que de forma incipiente, os ventos da concepção fordista de Estado sopravam pelas terras tupiniquins.

A construção dos primeiros manicômios judiciários no Brasil é fruto de um novo modelo de acumulação, o fordismo, que, a partir dos anos 1930, apresenta uma configuração

diferença de Estado. Esse modelo promove-se em substituição ao esgotamento do antigo padrão agrário-exportador, centralizado na produção e na exportação de matérias-primas, caracterizando-se pela presença ativa do Estado na economia, além de possuir, no setor industrial, o núcleo impulsionador do processo de acumulação.

As políticas sociais, dentre elas aquelas destinadas à proteção social e à atenção ao louco-criminoso, são consequências do alastramento das relações de trabalho fordista e da responsabilidade do Estado em prover as condições mínimas de subsistência à população.

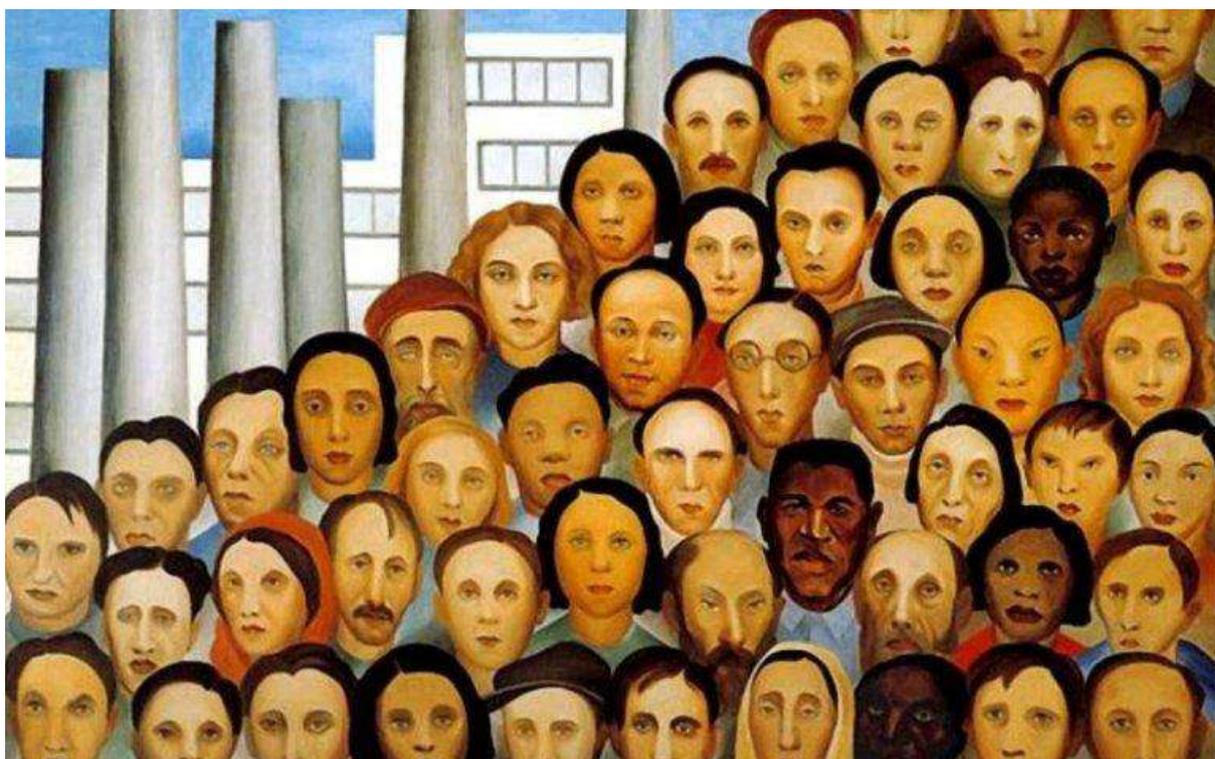


Figura 27: *Os operários* (1933) – Tarsila do Amaral<sup>86</sup>  
Fonte: Conhecendo Museus (2018).

---

<sup>86</sup> Com o quadro *Os Operários*, Tarsila do Amaral (1886-1973) visa retratar um momento histórico marcado pela migração de trabalhadores e o intenso processo de industrialização brasileira. O quadro representa cinquenta e um operários das mais diversas etnias, demonstrando a preocupação da pintora em ressaltar a diversidade. Ele foi pintado um pouco após a grande crise econômica de 1929, que abalou o mundo. Em 1931, Tarsila vendeu alguns quadros que tinha em sua coleção pessoal e viajou para a União Soviética. Foi apresentada ao socialismo pelo então namorado, o psiquiatra Osório César. Quando voltou da União Soviética, esteve presa durante um mês devido à sua simpatia com a ideologia socialista (Conhecendo Museus, 2018).

#### 4.6 O ESTADO E OS MANICÔMIOS JUDICIÁRIOS NO PERÍODO PÓS-FORDISTA

A partir da segunda metade do século XX, mais propriamente após os anos 1970, as condições que resultam no modo de desenvolvimento fordista se alteram substancialmente. Uma série de dinâmicas estruturais, combinadas a elementos sociais específicos, levou as condições de reprodução do padrão social fordista a perder seu impulso. A partir de então, assistimos a uma diminuição significativa das taxas de lucros e, conseqüentemente, a uma contradição entre lucro e a presença massiva do Estado, com regulações que garantiam a distribuição de renda e controle salarial. O Estado, que antes havia alastrado o modelo fordista, garantindo um mercado consumidor de massas, assegurado por uma base salarial impressa nas legislações nacionais e, assim, impulsionado o modo capitalista de socialização, agora se tornava um entrave à manutenção dos lucros dos grandes conglomerados. “A política estatal, em graus variáveis conforme os países, é capturada pelas ações em prol da facilitação da entrada de capitais financeiros. O planejamento de tipo fordista cede lugar a políticas neoliberais de redução da taxação dos fluxos especulativos” (Mascaro, 2013, p. 121-122).

O neoliberalismo pode ser resumido como um conjunto de reformas estruturais, com vistas a resgatar princípios do liberalismo clássico, tais quais a liberalização econômica em larga escala, as privatizações de empresas públicas, a austeridade fiscal, a desregulamentação das relações de trabalho, o livre comércio e o corte profundo em despesas governamentais – para reforçar o papel do setor privado no setor de serviços. No Brasil, as ideias neoliberais começam a ganhar força no final da ditadura militar, no fim dos anos 1970, mas passam a ser implementadas, enquanto orientação global da política de Estado, nos anos de 1990. Nesse período, a estrutura socioeconômica brasileira passou por mudanças de reversão do modelo nacional-desenvolvimentista, que em pouco menos de 50 anos converteu uma economia basicamente agrária, centralizada na lavoura, em uma produção voltada ao mercado externo, dinamizada pelos circuitos industriais, em uma sociedade predominante urbana (Oliveira, 1976).

O momento decisivo para a deterioração completa do Estado pautado no nacional-desenvolvimentista e a adesão ao neoliberalismo se deu, particularmente, no último ano da gestão de José Sarney de Araújo Costa, com a corrosão da autoridade governamental e a hiperinflação. Esses dois fenômenos empurraram o país para uma profunda instabilidade política, exigindo, assim, uma adaptação da perspectiva político-econômica às orientações

internacionais. Em 1989, o Brasil ratifica as propostas do chamado Consenso de Washington, em que o governo estadunidense recomendava, como pré-condição à ajuda financeira, um conjunto de deliberações que podem ser condensados em dois aspectos fundamentais: “redução do tamanho do Estado e abertura da economia” (Teixeira, 1998, p. 225).

A partir de então, transformações profundas no plano político-econômico passaram a ser debatidas e implementadas no país. De acordo com Massimo (2013), essas mudanças, que ocorreram no Brasil dos anos de 1990, podem ser caracterizadas por cinco conjuntos de reformas:

(i) abertura comercial, que significa a eliminação de alíquotas de importação, a centralização de tarifas alfandegárias e a eliminação ou redução de barreiras não tarifárias; (ii) liberalização financeira, que ocorre por meio da eliminação ou redução dos programas de crédito dirigido, da eliminação dos controles sobre taxas de juros, da reforma da legislação bancária e do mercado de capitais; (iii) liberalização do regime de investimentos estrangeiros, que implica a quebra de monopólios em áreas estratégicas e o fomento aos movimentos de fusões e aquisições, recompondo a malha empresarial doméstica, agora com ampla participação de empresas estrangeiras; (iv) privatizações de serviços públicos e empresas estatais; (v) a desregulamentação do mercado de trabalho, caracterizada pela redução do orçamento de instituições de seguridade social, o fomento à prática de terceirização, a exclusão da excepcionalidade do regime de contratação por tempo determinado, a subcontratação, a disseminação de contratos de aprendizagem e formação (Massimo, 2013, p. 135).

Cumprir lembrar que no início dos anos 1990, o país tinha acabado de passar por uma constituinte e era governado pelo presidente Fernando Affonso Collor de Mello. Seu governo esteve em perfeita sintonia com os princípios neoliberais, seu foco foi o combate à inflação, desregulamentação da economia e da relação capital-trabalho, privatização de empresas estatais e estímulo às importações. A implementação abrupta dessas propostas, marcadamente neoliberais, levou o país a uma profunda recessão, penalizando os setores mais fragilizados, do ponto de vista político e econômico, aumentando o desemprego e precarizando as políticas sociais.

O resultado da desestabilidade política e econômica foi o *impeachment* de Collor e a assunção de seu vice, Itamar Augusto Cautiero Franco, que manteve o mesmo modelo de gestão, focando prioritariamente no controle da inflação. Após dois anos (1992-1994) de mandato, Itamar Franco conseguiu conter os altos índices de inflação por meio do Plano Real, o que garantiu a eleição de seu Ministro da Fazenda como presidente da república, Fernando Henrique Cardoso (FHC).

Os primeiros anos dos governos FHC foram marcados pela institucionalização do Plano Real, desindexando a nova moeda e garantindo a baixa inflação. Paralelamente a isso, outro ponto relevante de suas gestões diz respeito ao ajuste fiscal com discurso de equilíbrio orçamentário. A consequência inevitável dessas práticas neoliberais foi a promoção de privatizações em setores estratégicos, como energia, mineração e telefonia, reformas previdenciárias e administrativas e precarização ainda mais das políticas sociais.

Após oito anos de mandatos, FHC deixa a presidência e não consegue eleger o sucessor, abrindo passagem para 14 anos de governos ditos de esquerda, tendo como presidentes os petistas Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Vana Rousseff.

Segundo Braz (2004), a gestão de Lula, iniciada em 2003, manteve as deliberações neoliberais, apesar de promessas de mudanças. O autor destaca que com o governo Lula, tem-se um “Estado absolutamente servil ao grande capital internacional” (Braz, 2004, p. 55). A economista Leda Paulani (2006) apresenta diversas práticas econômicas, durante o primeiro mandato de Lula, que permitiram ao setor da burguesia financeirizada obterem lucros recordes, como a reforma da previdência em 2003, a liberação de cobrança de CPMF, a quebra do monopólio de resseguros, o incentivo a programas de crédito consignado, além de políticas fiscais alinhadas às demandas financeiras (Paulani, 2006). O cientista político Armando Boito Junior (2006) argumenta que o setor agrícola foi um dos mais beneficiados nos governos petistas, pois além de não avançar na reforma agrária e das constantes isenções fiscais obtidas por esse setor, a opção em exportar *commodities* (produtos de baixo valor agregado) – agrícolas, minerais e industrializados – significa uma ampliação exorbitante dos ganhos dessa fração burguesa (Boito Junior, 2006).

Todos esses argumentos nos levam a crer que os governos petistas – Lula (2002-2010) e Dilma (2010-2016) – foram caracterizados por políticas de continuidade dos anteriores, com práticas neoliberais clássicas. De fato, se analisarmos os governos do ponto de vista econômico, veremos que não houve rompimento com o setor financeiro e com as privatizações, porém na área das políticas sociais, veremos que se estabeleceu um sistema misto (e não contraditório) de concessão de benefícios aos setores vulneráveis da população. Ao mesmo tempo que determinadas políticas públicas visavam a melhoria das condições de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade econômica e social, o método encontrado para garantir tais condições assentava-se no setor privado e não no público.

Em contraponto ao argumento de continuísmo de FHC, é comum a afirmação de que a política social dos petistas seria o grande diferencial destes governos. Mais especificamente, tais argumentos referem-se tanto aos programas de renda mínima, como o Bolsa Família, quanto os programas de acesso às universidades privadas, via bolsas de estudos do governo federal, como o Programa Universidade Para Todos (PROUNI). Esses programas poderiam ser associados a práticas compatíveis com o nacional-desenvolvimentismo, da era keynesiana-fordista, porém, veremos que existem diferenças substanciais.

Segundo Melo (2007), o orçamento do Bolsa Família em 2006 ficou em R\$ 7,5 bilhões, o que corresponde a aproximadamente 0,4% do PIB. Comparando com o superávit primário (reserva de recursos para pagamento da dívida pública) em 2006, que ficou em 4,41% do Produto Interno Bruto (PIB), ou seja, R\$ 91,5 bilhões, percebemos como a aplicação dos programas de renda mínima não é incompatível com o aprofundamento do processo de finanças mundializadas (Melo, 2007, p. 193-194).

A respeito do Prouni, trata-se de uma isenção de tributos concedida às universidades privadas que oferecem vagas em cursos superiores. Entre 2006 a 2012, o governo renunciou em impostos federais o total de R\$ 3.621.382.027,00 (três bilhões, seiscentos e vinte e um milhões, trezentos e oitenta e dois mil e vinte e sete reais). Esse valor, segundo Amaral (2011), seria suficiente para financiar integralmente todas as universidades públicas em 2009, ainda obtendo uma sobra de R\$ 160 milhões de reais, caso esse valor fosse arrecadado pelo Estado e investido na educação superior federal (Amaral, 2011, p. 6).

Percebe-se, analisando rapidamente apenas esses dois programas<sup>87</sup>, que o nacional-desenvolvimentismo praticado pelos governos petistas é distinto daquele da era Vargas. Durante o fordismo, os investimentos realizados pelo Estado constituíram a formação de um escopo de empresas sob controle do próprio Estado. Foi assim que surgiu a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Vale do Rio Doce, a Eletrobrás, a Petrobrás e a Telebrás. A política de concessão de benefícios na era petista se presta, ao contrário, antes de mais nada, ao fortalecimento do capital privado. O papel do Estado, nesse caso, assumiu a responsabilidade de responder às demandas de infraestrutura e logística para atender aos interesses do capital privado nacional e transnacional, tanto é que Dilma foi eleita, em 2010, propondo, dentre outras coisas, a implementação do Programa de Aceleração do Crescimento

---

<sup>87</sup> Não é nosso objetivo empreender uma análise detalhada de cada governo, mas, sim, situá-los na dinâmica capitalista mundial.

(PAC), cujo foco consistia em promover grandes obras de infraestruturas, por meio de empreiteiras privadas de capital nacional.

Apesar do plano econômico seguir fidedignamente a cartilha do Consenso de Washington, seria reducionista considerar os governos petistas como meras continuidades dos governos anteriores, houve mudanças significativas no âmbito das políticas sociais, com vistas à inserção de uma parcela da população no mercado consumidor, seja por meio dos programas de renda mínima ou por programas de concessão de bolsas de estudos. Mesmo considerando essas diferenças, é fato que não houve nenhuma grande mudança estrutural, o que nos faz considerar que as diferenças de Lula e Dilma para seus antecessores são apenas mudanças no *modus operandi* no interior da era pós-fordista.

Em 2016, presenciamos um golpe parlamentar, que destituiu a presidenta Dilma, dando assento a Michel Miguel Elias Temer Lulia, seu vice<sup>88</sup>. Os dois anos em que Temer ficou no poder foram marcados por um aprofundamento do projeto neoliberal, principalmente por meio das privatizações em larga escala. Em 2018, ele anunciou 75 privatizações e concessões. Dentre elas, constaram setores estratégicos, como Casa da Moeda, Eletrobrás, Aeroportos, Lotex, pré-sal, estradas e rodovias. Grande parte das empresas estatais foram cobiçadas por multinacionais europeias e chinesas. As interessadas na concessão do aeroporto Hercílio Luz (Florianópolis), por exemplo, foram grupos da Alemanha (Fraport), Espanha (OHL), Suíça e França. No setor de energias, os chineses da Spic Pacific Energy arremataram no final de 2017 a usina de São Simão. A usina de Jaguara ficou com a Engie (franco-belga) e a de Volta Grande ficou com a Enel (italiana) (Marchesan, 2018).

Por mais que não tenha dado tempo para Michel Temer, que ficou apenas dois anos à frente da presidência (2016-2018), privatizar tudo o que desejava, é fato que seu projeto aprofundou as diretrizes neoliberais, ampliando as privatizações de setores estratégicos, diminuindo o papel do Estado.

A eleição de Jair Messias Bolsonaro, em 2018, foi um marco na história recente do país, não tanto pelo aspecto econômico, visto que a plataforma aplicada nessa área é uma versão desavergonhada do projeto neoliberal, mas, sim, nas questões da segurança pública,

---

<sup>88</sup> Fugiria ao propósito desse trabalho analisar as razões políticas que fundamentaram o *impeachment* da presidenta Dilma. Para esse objetivo, deixamos a seguinte sugestão de leitura: Souza, J. (2017). *A Elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya.

das liberdades individuais e da aproximação do Estado com as igrejas pentecostais – o que afeta diretamente a manutenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No campo da segurança pública, Bolsonaro é um contumaz defensor da tortura, da liberação de armas e da ditadura militar (1964-1985). Ainda antes de tomar posse, disse que pretendia “brigar pelo excludente de ilicitude”. Segundo ele, “o policial militar em ação responde, mas não tem punição. Se alguém disser que quero dar carta branca para policial militar matar, eu respondo: quero sim” (Carvalho, 2017). Por meio de decreto assinado em 7 de maio de 2019<sup>89</sup>, Bolsonaro tentou facilitar a compra de armas por parte da população. A partir de então, pessoas que antes podiam adquirir até 50 cartuchos, com o decreto, poderiam comprar até mil cartuchos por ano. Ele também tentou permitir que proprietários rurais tenham posse de arma de fogo em todo perímetro da propriedade e que “coleccionadores, atiradores desportivos e caçadores possam ir de casa ao local de tiro com a arma com munição” (Castilhos *et al.*, 2019).

A eleição de Bolsonaro pode indicar um recrudescimento das relações democráticas pós-constituição de 1988, com aumento da repressão para manutenção dos interesses da classe dominante. As contradições de classes, nesse modo, deixam de ser apaziguadas por meio de políticas sociais e passam a se expressar no campo da segurança pública. Instituições repressivas, como os manicômios judiciários, por exemplo, que antes recebiam atenção secundária por parte do poder público, assumem um papel central nesse tipo autoritário de governo<sup>90</sup>.

A respeito do aumento da repressão, Mascaro (2013) destaca que

Mesmo a troca da regulação de bem-estar social pela regulação de repressão à criminalidade da pobreza não é uma retirada do Estado do cenário econômico, político social e cultural de hegemonia, mas, sim, é uma presença massiva da forma política estatal, variando no caso os meios e os horizontes de sua atuação. (Mascaro, 2013, p. 124).

Isso significa dizer que o uso do aparato de segurança pública, como forma de repressão à criminalidade, prática verificada no governo Bolsonaro, é apenas uma das variedades da política estatal sob o regime neoliberal. Nesse sentido, não há rompimento com

---

<sup>89</sup> Esse decreto foi derrubado pelo Senado em 12 de junho de 2019 (Coelho, 2019).

<sup>90</sup> Como estamos vivenciando o governo Bolsonaro nesse momento (2019), optamos por indicar essa fase de recrudescimento como uma hipótese e não como uma análise completa.

o modelo anterior e sim somente uma atuação distinta dentro da mesma estrutura institucional.

No quesito liberdades individuais, o governo Bolsonaro tem se demonstrado extremamente intolerante. Talvez pela proximidade com as igrejas pentecostais, cujos hábitos se afinam aos valores conservadores no campo da sexualidade e étnico-raciais. Não à toa ele nomeou a pastora evangélica Damares Alves para o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos, cuja principal missão à frente da pasta tem sido a aprovação de projetos de lei baseados nos princípios do movimento escola sem partido, que, na prática, pretende partidizar as escolas sob os ideais conservadores. A intenção é vetar discussões de gênero e sexualidade, participação em manifestações, pensadores que combatam o racismo e qualquer tipo de pensamento crítico. De acordo com Macedo (2017), o movimento escola sem partido é “um movimento conservador que busca mobilizar princípios religiosos, a defesa da família em moldes tradicionais e a oposição a partidos políticos de esquerda e de origem popular” (Macedo, 2017, p. 509).

A aproximação de Bolsonaro com as igrejas pentecostais trouxe também reflexos na área da saúde mental. Em 4 de fevereiro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Nota Técnica nº 11, que contém “esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas”. Já na introdução, fica explícito o objetivo da nota: “o Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza” (Nota Técnica, 2019, p. 3-4). Cumpre lembrar que uma das conquistas da Luta Antimanicomial foi justamente o fechamento de leitos nos hospitais psiquiátricos e a abertura de vagas na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), expressos principalmente na aprovação da Lei nº 10.216/01 – Reforma Psiquiátrica.

A nota é um explícito confronto aos princípios que orientam a RAPS. Ela pretende retornar à lógica biologicista ao incluir aparelhos de eletroconvulsoterapia (eletrochoque) na lista do Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais (SIGEM) (Ministério da Saúde, 2019, p. 6), o que significa dizer que, a partir da publicação da nota, o Estado passará a investir recursos públicos para o retorno de práticas controversas na ciência nacional e internacional. Além de eficácia duvidosa, o uso do eletrochoque foi marcado ao longo da história da psiquiatria como instrumento de tortura, sofrimentos e até mortes.

Os doentes se debatiam e fraturavam os ossos. Também vomitavam, engoliam as secreções, contraíam doenças respiratórias e, às vezes, morriam sufocados. Os equipamentos, sobretudo em hospitais públicos, eram mal regulados, o que fazia com que os choques fossem excessivos ou ineficazes. Nesse quadro, o tratamento ficou associado à violência e ao medo. “Os pacientes eram colocados em fila indiana e seguravam-se uns aos outros, quando iam tomar o choque”, contou Mário Eduardo da Costa Pereira, professor do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas, Unicamp. A maioria deles era forçada a se submeter à terapia, bastando que um médico a prescrevesse. Entre os anos 40 e 50, estima-se que 1 milhão de americanos tenham recebido choques compulsoriamente. Para piorar, o eletrochoque veio a ser usado como punição. “Era comum, em hospitais de todo o mundo, os pacientes mais rebeldes serem submetidos ao eletrochoque à vista dos outros, para que o suplício servisse de exemplo”, disse Pereira (Diaguez, 2008).

A utilização do eletrochoque como instrumento de tortura e punição pode ser considerado um desvio de conduta, também condenado pelos defensores atuais da técnica. No entanto, mesmo que ela não seja usada para esses fins, ainda sim a técnica em si rememora aos tempos sombrios dos holocaustos brasileiros<sup>91</sup>. A Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) posicionou-se contrária ao uso do eletrochoque, argumentando que existe “controvérsia científica nacional e internacional sobre o tema” (Associação Brasileira de Saúde Mental, 2019).

Além de incluir os hospitais psiquiátricos na RAPS e incentivar, por meio de recursos públicos, o uso de eletrochoques, o Ministério da Saúde pretende, por meio da nota, contratar 12.000 leitos em comunidades terapêuticas, instituições normalmente de cunho religioso, sem equipes mínimas, com práticas asilares e distantes da lógica da redução de danos. De acordo com o documento, “foi criado um grupo de trabalho interministerial, com membros dos Ministérios da Saúde, Justiça, Trabalho e Desenvolvimento Social, para estabelecer critérios para o funcionamento, expansão e financiamento desses serviços [comunidades terapêuticas]” (Ministério da Saúde, 2019, p. 5).

A destinação de recursos públicos às comunidades terapêuticas fere os princípios da Reforma Psiquiátrica, pois essas instituições organizam-se sob a lógica da abstinência total, muitas delas não contam com as equipes multiprofissionais, isolam os usuários em espaços distantes de seu território de origem e funcionam a partir do prisma religioso de matriz pentecostal.

---

<sup>91</sup> Utilizamos o termo “holocaustos brasileiros” lembrando o título do livro de Daniela Arbex, já citado no presente trabalho. Optamos por empregá-lo no plural por entender que a situação retratada pela autora em Barbacena é a mesma encontrada em diversos outros manicômios espalhados pelo país.

Em 2011, o Conselho Federal de Psicologia inspecionou 68 comunidades terapêuticas espalhadas pelo Brasil, que gerou a publicação do “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas” (2011). De acordo com o documento, as inspeções constataram: 1) Uso de mão de obra não remunerada; 2) Proibição de visita íntima por motivo religioso; 3) Ausência de profissionais suficientes; 4) Desrespeito à escolha de credo; 5) Adolescentes com adultos; 6) Restrições aos meios de comunicação; 7) Salas com grade em vez de portas e janelas; 8) Pessoas vivendo com HIV sem receber tratamento adequado; 9) Restrição de visitas de familiares; 10) Punições por meio de castigos: supressão do lazer, limpeza etc.; 11) Constrangimentos a homossexuais; 12) Permanência de internos contra a vontade; 13) Cantos com fezes e urinas; 14) Esgoto a céu aberto; 15) Violação de correspondência; 16) Estupros; 17) Uso de força ou ações vexatórias; 18) Torturas e espancamentos; 19) Transsexuais com cabelo raspado (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

As situações supracitadas, reveladas pelos peritos do Conselho Federal de Psicologia, relembra os manicômios dos anos 1960, quando essas instituições eram verdadeiros depósitos de gente. A incorporação das comunidades terapêuticas dentre os destaques da “nova” política de saúde mental do Ministério da Saúde é, sem dúvida, uma das piores formas de desresponsabilizar o Estado pela saúde mental de pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, pois transfere tal prerrogativa a uma instituição organizada a partir de princípios antagônicos aos da Reforma Psiquiátrica.

Como podemos perceber, o governo Bolsonaro tem aprofundado o projeto neoliberal em curso no país desde os anos 1990. Na área da saúde mental, a abertura de leitos em hospitais psiquiátricos (privados) e em comunidades terapêuticas (normalmente de cunho religiosas) transfere para terceiros a responsabilidade que, constitucionalmente, é do Estado.

Em meio à conjuntura pós-fordista, em que o Estado deixa de ser protagonista de uma reprodução econômica de bem-estar social, a área da saúde mental é tão afetada quanto as demais políticas sociais. A iniciativa privada acaba assumindo a responsabilidade na oferta de serviços e ganham espaço privilegiado as instituições de modelo repressivo asilar.

A estruturação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) requer, inevitavelmente, um enfrentamento à concepção de Estado neoliberal. Uma RAPS composta exclusivamente por equipamentos estatais, públicos, com trabalhadores sob o regime estatutários, salários e jornadas de trabalho condizentes com a atuação em saúde, estrutura física adequada e insumos

e equipamentos suficientes pressupõe um Estado forte e provedor de políticas sociais, modelo antagônico aos preceitos do Consenso de Washington.

A permanência dos manicômios judiciários, quase 100 anos depois da sua primeira construção, pode ser explicada justamente pela lógica repressiva e asilar na história da atenção à saúde mental. No entanto, mesmo essa instituição centenária, assim como os equipamentos públicos em geral, vem sendo sucessivamente sucateada. A era pós-fordista requer um Estado mínimo, que deixe o protagonismo da prestação de serviços para a iniciativa privada.

Os manicômios judiciários passaram por grandes mudanças a partir dos anos 1950. Até mesmo o principal mentor dessas instituições no Brasil, Heitor Carrilho, reviu seu posicionamento. Em 1951, ele defendeu que os manicômios judiciários deveriam assumir um “cunho mais hospitalar”, diferenciando-se de espaços asilares para “personalidades-psicopáticas”. Segundo ele, seria necessário construir “Casas de Custódia e Tratamento” específicas para os “anômalos morais”, separando-os, assim, das demais pessoas com diagnósticos psiquiátricos (Carrara, 1998, p. 197).

Cerca de 15 anos depois, em 1961, um interno de manicômio judiciário de São Paulo<sup>92</sup>, chamado de Erasmo dos Santos Lima, escreveu uma carta a Gustavo Corção, escritor da seção literária do jornal *O Estado de São Paulo*, em que relata a situação degradante encontrada na instituição em que está internado. Ele questiona os termos técnicos empregados pelos psiquiatras, que muitas vezes ignoram a influência do meio ambiente na determinação dos comportamentos. O interno chega a dizer que se encontra sob “regime ditatorial”, pois seus argumentos seriam ignorados. Reclama ainda da superlotação dos pátios, que, segundo ele, chega a contar com 700 internos, e conclama que o tratamento não deveria “ferir os direitos humanos e que não fosse uma fábrica de loucos. A promiscuidade aqui no manicômio é contraproducente. A psiquiatria aqui foge à sua finalidade” (Lima, 1956, p. 6-9).

Tanto o psiquiatra Heitor Carrilho quanto o interno Erasmo dos Santos Lima demonstram preocupações com a situação dos manicômios judiciários a partir dos anos 1950 e 1960. O primeiro propõe a alteração do público destinado a essas instituições e o segundo retrata as violações que vinha sofrendo. Foram momentos de questionamentos e dúvidas sobre a eficácia de tais instituições, mas mesmo assim elas permaneceram por mais longos 50 anos.

---

<sup>92</sup> Carta do acervo da Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro. O autor cumpriu medida de segurança em algum manicômio judiciário de São Paulo. A carta não cita especificamente em qual deles.

Depois disso, o sucateamento foi cada vez mais se aprofundando. Atualmente, os manicômios judiciários não contam com revistas científicas específicas<sup>93</sup> e os diretores são normalmente funcionários do próprio sistema prisional, como agentes penitenciários, sendo que nos primórdios eles eram dirigidos por especialistas da psiquiatria. Some-se a isso o fato de os internos circularem algemados pelos corredores e seus dormitórios serem literalmente verdadeiras celas de prisões. Tal situação revela um desinvestimento nesse tipo de instituição, que nos primórdios contavam com expectativas de sucesso e prestígios.

Em 2015, o CFP, a OAB e a Ampasa publicaram um relatório, fruto de inspeções nos manicômios judiciários de 17 estados. A situação relatada é simplesmente estarrecedora, à medida que foram constatados números insuficientes de advogados e psicólogos, estruturas precárias, internos sem visitas íntimas e sem prontuários. Os peritos constataram que “o cheiro é repugnante em todas as unidades visitadas, não há equipe específica para limpeza, os banheiros e alojamentos são imundos, os pacientes também sofrem com as vestes muito sujas da instituição, pouco dadas à lavagem periódica (Conselho Federal de Psicologia, 2015, p. 18).

O relatório das inspeções realizadas pela Pastoral Carcerária nos manicômios judiciários de São Paulo, de agosto de 2018, segue o mesmo sentido. A publicação revela o uso de algemas, dormitórios-celas, mau cheiro, vestimentas precárias, falta de equipe de saúde, alta taxa de mortalidade e superlotação. Essas instituições “acabam sendo mais um ponto de armazenamento humano – e de eliminação, vale dizer – assim como penitenciárias, centros de detenção provisória, comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos e equipamentos públicos que acabam por conjugar lógicas punitivas-manicomiais” (Pastoral Carcerária, 2018, p. 50).

Ambos os relatórios supracitados demonstram que o manicômio judiciário é, de fato, um híbrido do pior da prisão com o pior do hospital psiquiátrico. Se nos primórdios os manicômios judiciários foram construídos para atender a uma demanda de defesa social contra os degenerados, recebendo atenção privilegiada por parte do Estado, cuja responsabilidade era investir e garantir políticas públicas capazes de minimizar os impactos dos problemas sociais e sanitários, atualmente verificamos um verdadeiro sucateamento dessas instituições.

---

<sup>93</sup> A exemplo dos “Arquivos do manicômio judiciário do Rio de Janeiro”, que vigorou de 1930, semestralmente, até a década de 1960. Ela foi a primeira revista brasileira especializada em psiquiatria.

A transferência da responsabilidade do Estado para a iniciativa privada vem fortalecendo os princípios manicomialistas (que nunca saíram de cena), com destinação de recursos públicos aos hospitais psiquiátricos privados, eletrochoques e comunidades terapêuticas religiosas. Nessa conjuntura, os manicômios judiciários, mesmo sob intensos questionamentos por parte de entidades profissionais, movimentos sociais, pesquisadores e setores do sistema de justiça, permanecem resistindo, sucateados, por cerca de 100 anos.



Figura 28: *Só acredito vendo* (2018) – Yuri Campagnaro<sup>94</sup>  
Fonte: Desvio (2018).

---

<sup>94</sup> Na obra *Só acredito vendo*, o artista plástico curitibano, Yuri Campagnaro (1989-), produziu uma releitura da clássica pintura *A incredulidade de São Tomé*, de Caravaggio. Yuri relembra o fatídico e controverso episódio da facada que Bolsonaro, então candidato à presidência do Brasil, levou durante a campanha eleitoral em 2018. Na obra, ele representa Edir Macedo, Mourão e Paulo Guedes conferindo o local da suposta facada (Desvio, 2018).

## 5. O LOUCO-CRIMINOSO À MERCÊ DA “PERICULOSIDADE” DA CIÊNCIA E DO ESTADO

*“Hoje estou só  
Na diferença do gesto  
No feminino da roupa  
Como que se vai à escola  
Na ausência de si  
Por ontem e por hoje  
Dificultando o acesso  
Do ombro da noite.”  
(Loriel da Silva Santos)*

Conforme vimos no primeiro capítulo, o crescimento da miserabilidade e dos atos criminosos passaram a ser explicados pela psiquiatria biodeterminista, mas faltavam ainda dois componentes essenciais, que serviriam de mediadores para a aplicação prática da psiquiátrica: os sistemas de classificação de doenças e os instrumentos de medição e rotulação dos sujeitos. Os primeiros tiveram sua história concretizada nas cinco versões do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), cuja primeira publicação é de 1952, inspirada nas primeiras classificações de 1840 nos Estados Unidos. Os segundos, intimamente vinculados aos primeiros, remontam a relação de diagnósticos de doenças “comuns” e doenças mentais por parte da medicina. Não é possível falar de métodos diagnósticos sem falar dos sistemas de classificação de doenças, pois o diagnóstico, em alguns casos, nada mais é do que o enquadramento dos sujeitos em determinados padrões descritos pela classificação de doenças.

As rotulações não apenas descrevem os sintomas dos pacientes, mas principalmente os moldam, ou seja, para além do objetivo descritivo, revela-se também o elemento prescritivo – o que o sujeito faz a partir do enquadramento no sistema de classificação de doenças mentais. O diagnóstico altera a maneira como o sujeito pensa a si próprio, a forma como interpreta as próprias emoções e o modo de se conduzir nas relações com os outros. Em diversos

momentos da história da psiquiatria, as classificações de doenças mentais foram utilizadas para estigmatizar grupos sociais marginalizados, servindo à reprodução de interesses de classe. As classificações implicam em escolhas, exclusões, privilégios, que são decididos, não de maneira neutra, mas, sim, pragmaticamente em função de interesses presentes no contexto de sua criação. Toda classificação tem uma destinação e visa um objetivo, tem um contexto e uma história. Ela surge como “resposta às exigências presentes num determinado horizonte histórico e se constitui tendo como referência classificações que a precederam” (Bezerra, 2014, p. 12-14).

As versões I e II do DSM foram publicadas respectivamente em 1952 e 1968, com poucas alterações descritas entre uma e outra. Mesmo considerando que o DSM II tenha sido publicado em 1968, ano de maior turbulência social da década de 1960, as mudanças significativas fizeram-se presente somente na terceira versão, quando a ênfase psicanalista começa a sair de cena. O contexto de publicação do DSM III diz muito sobre seus resultados. A partir da década de 1960, ascende a luta antimanicomial na Europa e nos EUA, a luta dos *civil rights movements* americanos, que reivindicavam, dentre outras coisas, a retirada da homossexualidade da lista de doenças mentais (incluída no DSM II), a publicação da *História da loucura*, de Michel Foucault (1965) e de filmes como *Estranho no ninho* (1975) (Dunker, 2014, p. 88). Sem que fosse perdida a essência de enquadramento de sujeitos a determinados padrões comportamentais, ao contrário, houve aumento considerável no número de doenças mentais, saltando de 180 para 295 categorias diagnósticas. Apesar do aumento, o discurso agora passou a ser o da “neutralidade” do psiquiatra na interpretação dos fenômenos, ou seja, a nova versão do DSM adotava uma perspectiva descritiva e “a-teórica”. Essa mudança trouxe “em seu subsolo a crescente importância adquirida pelas descrições biológicas, alavancadas pelo sucesso alcançado pelas intervenções psicofarmacológicas nas duas décadas anteriores” (Bezerra, 2014, p. 21). O crescimento da indústria farmacêutica e as alterações nas versões posteriores do DSM são fenômenos paralelos que se cruzam inicialmente na terceira publicação do manual, mas que ganham relevância mesmo em 1994, quando vem a público o DSM IV. A denúncia de que 56% dos pesquisadores envolvidos na publicação teriam laços com a indústria farmacêutica talvez explique o motivo de as doenças virem acompanhadas de códigos diagnósticos utilizados nos formulários das empresas de seguro estadunidense. Quanto mais os manuais aproximavam-se da indústria farmacêutica, mais críticas e mais correspondência biologicista ganhavam. Se a terceira versão foi marcada pelo distanciamento

da psicanálise, a quarta é conhecida pelo descarado imbricamento com uso de psicofarmacológicos, tanto que grande parte de seus idealizadores tinham laços com a indústria farmacêutica. A quinta e atual publicação do DSM é talvez aquela que tenha recebido o maior número de críticas, principalmente por terem sido proferidas por pesquisadores desertores das primeiras versões. A mais contundente delas veio de Francis Allen, o responsável pela elaboração do DSM IV, em 1994, que denuncia o papel que a indústria farmacêutica tem na classificação das doenças. Primeiro os laboratórios desenvolvem os remédios e depois os manuais inventam a doença. Hoje, aproximadamente  $\frac{3}{4}$  dos pesquisadores envolvidos na publicação teriam conflitos de interesses por relações com a indústria farmacêutica. Alguns tiveram pesquisas financiadas por laboratórios farmacêuticos, outros prestaram consultorias e existem ainda aqueles que são contratados diretamente pelas companhias (Zorzanelli, 2014, p. 59).

Zorzanelli (2014) argumenta que a relevância social dos DSMs extrapola o âmbito da psiquiatria e vem crescendo estrondosamente desde a sua primeira versão. Hoje ele é o principal instrumento para determinar “quem pode ser considerado doente ou não, que tipo de tratamento é preferencialmente oferecido, quem pode receber direitos e benefícios como portador de transtorno mental, quem pode receber seguro de saúde ou não” (Zorzanelli, 2014, p. 58).

Considerando o valor da presença dos manuais na prática de “especialistas” em medição e classificação das subjetividades e o quanto a palavra destes interfere no cotidiano de seus pacientes, podemos afirmar que as descrições (e prescrições) de doenças do DSM, em conluio com a indústria farmacêutica, servem hoje de instrumento para legitimar a hierarquização dos seres humanos a partir de aspectos biológicos. Resguardadas as proporções históricas, tanto a perspectiva eugênica de Galton quanto a classificação de doenças moderna lançam mão de características genéticas para diferenciar os “bons” dos “maus” seres humanos.

No final do século XIX, Galton (1906) acreditava que poderia controlar a reprodução humana, normatizando biologicamente o direito de existir ou não de sujeitos inaceitáveis à convivência social, originando a perspectiva eugênica. A partir do domínio orgânico, esperava-se construir uma sociedade livre de problemas sociais, padronizando e idealizando a existência humana. Nesse sentido, não é descabida a aproximação da lógica medicamentosa

com o eugenismo galtoniano, visto que tanto um quanto outro pretendem controlar o corpo biológico para produzir seres humanos ditos “normais”, livres de características indesejadas.

Questionamentos à perspectiva biologicista de compreensão da existência humana, que exalta a subjetividade pelo aspecto natural e não social, foram empreendidos por pesquisadores e estudiosos desde o início do século XX (Leontiev, 1978; Vygotsky, 2002). No Brasil, os maiores embates sociais que colocaram em xeque a eficácia de tratamentos vinculados exclusivamente ao biologicismo foram efetuados principalmente com o advento do movimento da Luta Antimanicomial e com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica. Apesar das críticas, ainda hoje a hegemonia no tratamento de pessoas com transtorno mental ou em sofrimento psíquico é baseada no “modelo biomédico” ou na chamada perspectiva “médico-naturalista”. Tal modelo é caracterizado por fundamentar o diagnóstico e o tratamento em estudos biológicos e concebe a “doença” como uma desregulamentação do instrumental orgânico: o corpo (Barros, 2002; Dalgallarrondo, 2008; Wang & Andrade, 2012).

Segundo Nesse e Stein (2012), o modelo biomédico possibilitou avanços significativos na saúde mental, como, por exemplo, o aprofundamento nos estudos epidemiológicos e tratamentos farmacológicos. Embora as contribuições da sistematização médico-naturalista não sejam desprezíveis, elas permanecem gerando e mantendo uma série de lacunas, tanto no quesito prático quanto epistemológico. Quanto a isso, Wykes e Callard (2010) apontam as seguintes críticas à última versão DSM: ele promove a medicalização a elementos inerentes ao ser humano, estigmatiza, estabelece um sistema rígido de intervenções e impõe o sistema americano de diagnóstico a uma vasta diversidade de culturas (Wykes & Callard, 2010).

Frances (2013), psiquiatra que integrou o grupo formulador do DSM até a quarta edição, preocupado com os rumos da psiquiatria moderna, salienta que o DSM-V aumentou consideravelmente o número de quadros clínicos, representando uma verdadeira inflação diagnóstica e um decréscimo no número de pessoas consideradas saudáveis. Para ele, esse fato ocorre devido à dissolução dos limites do que se define como doença. Nesse aspecto, qualquer característica humana pode ser definida como patológica (Frances, 2013).

O autor argumenta ainda que não seria correto justificar a validade do manual a partir de casos em que ele se mostrou efetivo, considerando que também existem diversas situações de fracasso – em algumas delas, inclusive, o paciente chegou a piorar seu quadro de saúde. E ainda aponta que qualquer procedimento diagnóstico não pode ficar restrito aos seus próprios limites conceituais, mas deve ser compreendido como uma variável inserida numa grande

rede de interesses, modelos e consequências. Ressalta que nesta rede há também, por exemplo, a presença da indústria farmacêutica, que aumenta sua margem de lucro à medida que cresce o número de diagnóstico (Frances, 2013).

Independentemente dos questionamentos emitidos por pesquisadores, profissionais e militantes de movimentos sociais ligados à saúde mental, o DSM é ainda hoje considerado a “bíblia da psiquiatria”, em alusão ao livro religioso de valor sagrado para o cristianismo. Sua doutrina enraizou práticas profissionais, direcionou o meio acadêmico, legitimou instituições e alterou políticas públicas de saúde, galgando a venda de milhares de exemplares. Sua influência na psiquiatria é incomparável e nenhum outro manual recebeu tanto prestígio no que diz respeito à classificação de doenças. No interior dos manicômios judiciários, obviamente, a aplicação de testes, com base na classificação de doenças, tornou-se a tônica central da atuação de psicólogos e psiquiatras, em especial.



Figura 29: *Casa de Loucos* (1812-19) – Francisco de Goya<sup>95</sup>  
Fonte: BBC Brasil (s/d).

---

<sup>95</sup> Francisco de Goya (1746-1828) foi um pintor espanhol, que retratou a loucura e o tratamento desumano dispensado aos loucos em diversas de suas obras, como no quadro *Quintal com Lunáticos* (1794), pintado na época em que a surdez e o medo de enlouquecer tomavam conta de sua vida. Goya ficou conhecido, em vida, pelos retratos encomendados pela realeza e por nobres, mas o fato de ter testemunhado cenas de instituições psiquiátricas enquanto jovem fez com que o medo da doença mental ocupasse parte de suas pinturas. Ele estava passando por um colapso nervoso e entrando em uma doença física prolongada, admitiu que a série foi criada para refletir sua própria dúvida, ansiedade e medo de que ele próprio estava enlouquecendo. Goya escreveu que as obras serviam “para ocupar minha imaginação, atormentada como é pela contemplação de meus sofrimentos” (The Guardian, 2003).

## 5.1 DIAGNÓSTICOS NOSOLÓGICOS

São inúmeras as relações econômicas que perpassam o manicômio judiciário, indo das companhias farmacêuticas, passando pela indústria editorial, os aspectos financeiros relacionados à segurança pública e privada, os custos do encarceramento e culminando no aumento da reclusão em períodos de crescimento do desemprego. Nenhuma instituição pode ser compreendida fora da ideologia e das relações econômicas vigentes em determinada época. As perspectivas ideológicas apresentam-se em cada escolha, por mais altruísta que pareçam ser no decreto presidencial, na veiculação de notícias em jornais ou na formulação de teorias e técnicas que servirão a propósitos econômicos. O que se faz, ou se deixa de fazer, dentro e fora do manicômio judiciário, serve a interesses econômicos nele envolvidos.

Nesse sentido, analisar essa e qualquer outra instituição pressupõe compreender o contexto histórico, as necessidades e os interesses a que responde, a ideologia e as relações econômicas, sociais e culturais vinculados a ela. O manicômio judiciário, enquanto uma instituição total nos moldes apresentado por Goffman (2008), atende a objetivos de uma determinada época. Se na passagem do século XX, com a construção da Seção Lombroso no Hospício Nacional, em 1903, cuja finalidade era conter adequadamente os louco-criminosos, que passaram a ser considerados uma ameaça à coesão social, atualmente, a manutenção e a ampliação dos manicômios judiciários servem também, como não poderia deixar de ser, a questões econômicas, sociais e culturais.

Do mesmo modo, a prática profissional também atende às demandas específicas do contexto a que se insere. As áreas de trabalho e as técnicas vinculadas a elas respondem inevitavelmente às carências daquele período histórico, e mais, o próprio sentido de existência de tais elementos justifica-se a partir de tais demandas. Os diagnósticos, enquanto instrumentos técnicos, estão longe de serem procedimentos puramente neutros de descrição de quadros psicopatológicos. Os profissionais de saúde, ao elaborarem laudos e pareceres, fazem-nos inseridos no rol de interesses ideológicos envolvidos na técnica utilizada.

Mais do que descrever a realidade, o diagnóstico nosológico produz fenômenos sociais e particulares. A partir dos laudos e pareceres, o juiz determina a sentença, o paciente orienta suas condutas e sua visão de mundo, a ciência psiquiátrica se legitima, a indústria farmacêutica atinge seus lucros e o manicômio judiciário atinge seu propósito. A reprodução

do manicômio judiciário depende da elaboração de diagnósticos nosológicos, materializados em laudos e pareceres, por parte de psiquiatras e psicólogos.

O que justifica a internação em manicômio judiciário é a comprovação de que o acusado tem transtorno mental ou que estava com suas faculdades mentais prejudicadas (pelo uso de drogas, por exemplo) no momento do crime, diagnosticado por uma investigação específica chamada exame de sanidade mental. Ao sinal de que o suspeito encontra-se nessa situação, percebido por qualquer uma das partes envolvidas, solicita-se ao juiz responsável seu encaminhamento para realização da avaliação.

O exame de sanidade mental, como pré-requisito para permanência do usuário em manicômio judiciário, é um dos diferenciais dessas instituições. Ele é fundamental para diagnosticar e justificar a existência de tais unidades, pois, sob seu auspício, os acusados são divididos entre “sãos” e “doentes”, confirmando, assim, a necessidade de espaços específicos para abrigar os louco-criminosos. Essa classificação, que atribui diagnósticos de acordo com características dos acusados, está presente nos manicômios judiciários desde os primórdios, variando de acordo com a tecnologia científica disponível em cada época.

A pessoa com transtorno mental que comete crime é considerada inimputável, ou seja, incapaz de responder judicialmente por seus atos – tiram dela até mesmo o direito de ser julgada como um sujeito comum. Suas razões são secundarizadas em nome da interpretação dos “especialistas” da subjetividade humana. Sua fala é silenciada, atribuindo a terceiros a interpretação dos motivos de suas ações.

Poderíamos argumentar que a inimputabilidade das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, ao retirar delas a “culpa” pelo crime, seria uma forma de garantir alguns direitos mínimos. No entanto, ao analisarmos a situação em que elas se encontram, verificamos que ocorre justamente o contrário. Venturini (2016) argumenta que “enquanto for mantida a ideia de não imputabilidade por doença mental, se negará ao paciente o direito de ser um sujeito e nascerão todas as instituições que procedem do manicômio e derivam do seu princípio” (Venturini, 2016, p. 34).

Acerca da inimputabilidade, Mattos (2016) pergunta:

Por que se retira do louco infrator, por exemplo, os mais elementares direitos? Direito de ter em seu favor – se é um benefício, penso que não, é uma outra história – a proposta de suspensão condicional do processo, ou mesmo a suspensão condicional da pena após o processo. Direito à detração, a progressão de regime, a liberdade condicional e, sobretudo, direito de ser responsabilizado por sua ação. (Mattos, 2016, p. 72).

Rauter (2016) remonta à época da Proclamação da República e à abolição da escravidão, quando no Brasil a psiquiatria passou a influenciar significativamente o Direito Penal, difundindo a ideia de que “alguns cidadãos não devem ter os mesmos direitos dos demais, por uma incapacidade psicológica, constitucional” (Rauter, 2016, p. 45). O discurso da inimputabilidade, portanto, submete a pessoa com transtorno mental a rótulos psiquiátricos e retiram dela sua autonomia. Enquanto incapaz, ela fica à mercê dos “especialistas” da mente humana, que assumem o protagonismo na interpretação dos motivos e dos fatos envolvendo um determinado crime.

Com a promulgação do Código Penal de 1940 (Código Penal, 1940), a obrigatoriedade dos exames de sanidade mental e de cessação de periculosidade em todos os casos em que houvesse indícios de insanidade mental nos atos de infração solidificou ainda mais a relação entre psiquiatria e sistema judiciário, uma relação que, no Brasil, encontrou respaldo quando a medicina passou a explicar os problemas da falta de higiene e da criminalidade sob a ótica biológica.

A união entre essas duas ciências, psiquiatria e direito, culminou em arbitrariedades sob o discurso de proteção da pessoa com transtorno mental, quando, sabemos, ela é o que menos tem voz diante do fenômeno. Falam juízes e psiquiatras sobre a sua condição psíquica e pouco se escuta o acusado.

Szasz (1978), estudioso da psiquiatria estadunidense nos anos 1950, é radical ao comparar o tratamento dos doentes mentais em hospitais psiquiátricos nos Estados democráticos e o tratamento conferido aos judeus durante o nazismo. Segundo ele, a orientação para a destrutividade e o objetivo é o mesmo: identificar, estigmatizar e controlar setores determinados da população. Na Alemanha, construiu-se a imagem do povo judeu enquanto animais nocivos, justificando seu extermínio em câmaras de gás. Dessa forma, o processo de destruição transformou-se numa “operação de limpeza”. Nos Estados Unidos, o doente mental é caracterizado como uma pessoa tão doente que nem sabe que está doente, apoiando uma retórica higienista semelhante. O autor cita uma frase emblemática de Harold Orlans, um religioso que trabalhou num hospital psiquiátrico durante a II Guerra Mundial, afirmando que: “os assassinos dos manicômios são passivos; os assassinos de Auschwitz eram ativos (...) mas, sob outros aspectos, sua lógica é igual” (Szasz, 1978, p. 250-251).

Pode parecer forte a afirmação de que os manicômios são comparados às câmaras de gás utilizadas durante o nazismo para exterminar o povo judeu. Porém, se concluirmos que aqueles se justificam pela classificação, estigmatização e controle de determinados setores da população, tal qual ocorria na Alemanha durante a II Guerra Mundial, a equivalência entre ambos é perfeitamente possível. Sob motivações e públicos distintos, tanto o nazismo quanto os hospitais psiquiátricos cumpriram o objetivo de categorizar, isolar e dizimar pessoas.

São inúmeras as controvérsias relacionadas aos diagnósticos nosológicos – no ato de enquadramento dos pacientes em determinadas doenças mentais. A primeira delas poderia ser descrita a partir da comparação entre diagnósticos típicos da medicina, como enxaqueca, labirintite, úlcera, etc., e diagnósticos relacionados à saúde mental. Enquanto nos diagnósticos típicos da medicina o examinador conta com suportes e instrumentos que comprovarão ou não a suspeita, no caso dos relacionados a transtornos mentais essa contraprova não se torna possível. Por exemplo, se um médico, a partir de determinados sintomas, suspeita da prevalência de diabetes melito, ele solicita um exame de glicemia de jejum e curva glicêmica. Na hipótese de infarto do miocárdio, ele verifica as alterações no Eletrocardiograma (ECG) e elevação dos níveis séricos da Isoenzima Creatina Quinase (CK-MB). Na medicina convencional, exames relacionados à situação corporal/biológica servem de confirmação de hipóteses baseadas nos sintomas. Ao contrário, tal constatação por meio de testes objetivos e independentes do examinador não se torna possível quando se trata de doenças psiquiátricas. Talvez essa diferença explique, em partes, as históricas tentativas de explicar a subjetividade humana por diferenças físicas e biológicas, que vão desde Lombroso (1835-1909), quando a sanidade mental era considerada a partir do tamanho da cabeça, até às versões III, IV e V do DSM (Banzato & Pereira, 2014, p. 36).

A influência da subjetividade do examinador na escolha da “doença psiquiátrica” a ser atribuída ao paciente é um elemento crucial para compreendermos as falhas presentes em laudos e pareceres. Todo diagnóstico é um encontro entre subjetividades, que pressupõe valores e concepções de mundo, tanto do paciente quanto do profissional de saúde, mas o resultado desse encontro é determinado por apenas um dos polos. Por mais que o encontro seja entre duas pessoas, o poder de escolher o produto final é arbitrário e está nas mãos do examinador.

Os juízes, quando determinam a realização de exames de sanidade mental ou de cessação de periculosidade, fazem-na com o propósito de obterem respostas concretas e

objetivas. Não interessa para o judiciário respostas que deem margem para duplas interpretações. Por mais complexa e contraditória que seja a subjetividade humana, as perguntas que acompanham as ordens para realização de exames são objetivas e requerem sempre respostas objetivas. Caso o juiz indague o profissional de saúde com as seguintes questões:

1. O acusado, ao tempo da ação, era, por motivo de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?
2. O acusado, ao tempo da ação, por motivo de perturbação da saúde mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, estava privado da plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato, ou de determinar-se de acordo com esse entendimento?
3. O acusado tem necessidade de tratamento médico? Qual? É possível o tratamento ambulatorial?
4. Outras observações que os Drs. Peritos entenderem pertinentes<sup>96</sup>.

Questões, como se vê, extremamente complexas, que dificilmente teriam respostas unilaterais e exatas, são apresentadas aos examinadores requerendo respostas objetivas. Os juízes exigem “sim” ou “não”, sofre ou não de “doença mental”, tinha capacidade de entender o caráter criminoso ou não, qual é a doença e desde quando sofre com ela. Como as respostas não serão verificadas por testes objetivos, a resposta do examinador é recorrentemente a última palavra.

O poder dos peritos na classificação de “doenças mentais” é tamanho que dificilmente serão questionados ou colocados à prova. A não ser em casos que fogem ao trâmite normal de elaboração de laudos, como o que ocorreu em Salvador/BA, quando dois examinadores distintos realizaram exames no mesmo paciente. Um psiquiatra não sabia que o outro também estava realizando o exame e os resultados foram completamente distintos. O juiz questionou: “o acusado é ou era, à época dos fatos, portador de algum distúrbio ou transtorno de saúde mental ou de comportamento ou de adaptação que pudesse diminuir ou eliminar a sua capacidade de discernimento dos fatos?” A resposta de um dos examinadores foi um simples “não”, enquanto a do outro foi, ao contrário, “sim, é possível afirmar que os antecedentes pessoais e o histórico familiar levaram o paciente a desenvolver transtorno de comportamento e adaptação agravado com o uso abusivo de entorpecentes (cocaína)”. A seguir, as questões

---

<sup>96</sup> Esses foram os questionamentos realizados pelo juiz, direcionados aos peritos do Setor de Laudos do Complexo Médico Penal do Paraná, para realização do exame de sanidade mental do Sr. Loriel. Não citamos o processo judicial nas referências para preservar o nome original do usuário.

do juiz demonstram, do mesmo modo, antagonismos significativos nas respostas, quando a pergunta foi se “o acusado sofreu, no momento da ação, surto psicótico ou depressivo”, um dos psiquiatras afirmou categoricamente que “não”, enquanto o outro afirmou que “sim”. E assim seguiram as contradições até o final dos laudos (Superior Tribunal Militar, 2015, p. 5-8).

As diferenças nas respostas dos profissionais supracitados motivaram apelação por parte da defesa do acusado. Como forma de tentar sanar as contradições, o juiz procedeu uma acareação entre os examinadores. As explicações dos peritos para tais antagonismos nas respostas explicitam de maneira significativa algumas das falhas na realização de diagnósticos. Disseram eles:

1. Que o laudo de cada perito foi feito individualmente com base nas suas observações; que o laudo da depoente retrata aquilo que observou e as conclusões a que chegou com base nas informações, prestadas pelo paciente;
2. Que por vezes o paciente se sente mais à vontade com um médico do que com outro e acaba entrando em mais detalhes sobre o que acontece;
3. Que o paciente não foi entrevistado ao mesmo tempo pelos dois peritos, por um problema de saúde da colega na data marcada; que o ideal seria a entrevista conjunta, pois nela pequenas arestas podem ser sanadas de imediato (Superior Tribunal Militar, 2015, p. 8-10).

Cada uma das respostas aponta um tipo de problema distinto. O primeiro item demonstra a importância da subjetividade do examinador na elaboração dos laudos, ou seja, se “o laudo de cada perito foi feito individualmente com base nas suas observações”, fica óbvio que, conforme apresentamos anteriormente, o diagnóstico não é apenas uma descrição de fenômenos, mas, sim, um encontro de duas pessoas, com valores, experiências e visões de mundos distintas. Se o perito não descreve de forma neutra, mas interpreta a partir dos seus valores, experiências e visão de mundo, como podemos aceitar que o resultado dessa interpretação seja considerado neutro, quando na realidade o que está em jogo é a vida de seres humanos? Dito de outra maneira, o propósito da ciência empirista que fundamenta o DSM e os diagnósticos nosológicos é determinar de forma objetiva “se o sujeito tem ou não doença mental” e, caso tenha, “quais seriam elas”. E mais, essa classificação é responsável pelo futuro dos pacientes, portanto, dentro de tais pressupostos científicos, não poderiam dar margens para antagonismos e contradições.

A segunda argumentação, que por vezes o paciente se sente mais à vontade com um médico do que com outro, demonstra o quanto o conteúdo das respostas dos pacientes sofre influências significativas do próprio examinador. Se um perito se porta de maneira “X”, ele

obterá respostas condizentes com tal postura. Faz diferença se o profissional é homem ou mulher, a roupa que ele ou ela veste, a proximidade que estabelece com o paciente, o grau de agressividade nas perguntas, as palavras que utiliza. Enfim, o/a examinador/a produz respostas advindas do examinado, a ponto de justificar que “um paciente se sente mais à vontade com um médico do que com outro”.

O terceiro item, qual seja que “o ideal seria a entrevista conjunta, pois nela pequenas arestas podem ser sanadas de imediato”, é ainda mais estranho. Nesse caso, não somente a constatação de que o efeito subjetivo da interpretação se faz presente, dando margem para uma infinidade de conclusões acerca do mesmo fenômeno, mas encontramos também a necessidade de mostrar objetividade onde ela não existe. Se o juiz requer respostas inequívocas, sucintas e conclusivas, os peritos devem acima de tudo aparentar tal exatidão, mesmo que ela não seja possível. Essa seria a única justificativa para dizer que “o ideal seria uma entrevista conjunta para aparar as arestas”.

As incongruências dos diagnósticos psiquiátricos não são peculiaridade da atualidade. Há muito tempo estudiosos vêm demonstrando as falhas nos exames de sanidade mental. Em 1973, por exemplo, veio à tona o experimento de Rosenhan, citado por Dunker (2014), em que pesquisadores se apresentaram a hospitais psiquiátricos afirmando que ouviam vozes não muito claras, como se sofressem de alucinações. Depois de dois meses de pesquisa, a grande maioria dos peritos não detectou a fraude. Os profissionais, indignados, desafiaram Rosenhan a enviar novamente falsos pacientes a seus hospitais, pois dessa vez eles seriam descobertos. “De 193 pacientes, 41 foram dados por impostores e 42 foram qualificados como suspeitos, apesar de Rosenhan não ter enviado nenhum falso paciente” (Dunker, 2014, p. 88).

O experimento de Rosenhan elucida um dispositivo utilizado por advogados ao orientarem seus clientes acerca dos exames de sanidade mental. Diante das dificuldades inerentes a todo processo diagnóstico, somadas à precariedade em que tal exame é realizado nos manicômios judiciários, em que o tempo é escasso, os instrumentos são ultrapassados e a situação prisional impede a disposição e a abertura por parte do paciente, quais critérios de verificação um perito poderia utilizar frente a um sujeito que alega “escutar vozes”? Como poderia o perito comprovar a veracidade de tal informação?

Lembremos que o exame de sanidade é decisivo na vida de alguém que cometeu um ilícito penal, pois a depender do resultado, ele será julgado culpado ou inimputável, ficará numa unidade prisional comum ou no manicômio judiciário, receberá uma marca (doença

mental) que carregará para o resto da vida. Os pacientes e advogados, cientes da importância do exame no desenrolar do processo judicial, conseguiriam simular sintomas da mesma forma apresentada no experimento de Rosenhan?

Longe de culpabilizar os pacientes por eventuais erros nos procedimentos diagnósticos, que, conforme apresentamos até aqui, possuem controvérsias inerentes a toda classificação nosológica, que vão desde interesses econômicos e ideológicos presentes nos testes, manuais, instituições, ciência, etc., nosso intento é apenas explicitar mais uma dificuldade prática presente na realização do exame de sanidade mental. A situação prisional não é despida de intencionalidades, mas, ao contrário, a possibilidade de privação de liberdade altera enormemente os resultados dos procedimentos.

Apesar dos problemas na realização do exame de sanidade mental, dos manuais de transtornos diagnósticos e da classificação de sujeitos de forma parcial e incompleta, os manicômios judiciários dependem umbilicalmente de tais elementos. A produção e a reprodução de violações de direitos no interior dessas instituições estão diametralmente vinculadas às classificações de doenças. Nesse sentido, os laudos e pareceres devem ser considerados a partir dos efeitos que produzem nas vidas dos sujeitos de forma direta e de forma indireta. Os efeitos diretos estão relacionados às alterações de comportamentos a partir do recebimento da rotulação: a forma de ver o mundo, de se ver no mundo, de se relacionar com as pessoas e de interpretar os fenômenos cotidianos. Os indiretos se ligam aos efeitos que o encarceramento produz na vida dos sujeitos, pois, repetindo, o manicômio judiciário depende na atualidade da classificação de “doenças mentais” para se reproduzir enquanto tal.



diagnóstico nosológico, realizado por um perito e ao enquadramento do sujeito na classificação de doenças mentais. A periculosidade é atribuída ao sujeito portador do transtorno e não às condições que o levam a manejar seu próprio comportamento.

Nos manicômios judiciários, a averiguação da periculosidade é fundamental para que o sujeito seja colocado novamente em liberdade. A depender do resultado do exame de cessação de periculosidade, o perito pode recomendar ao juiz a soltura ou a permanência do interno. Trata-se, portanto, de prever se no futuro o sujeito pode ou não cometer um crime, ignorando que os diagnósticos nosológicos são momentâneos e capazes de retratar apenas as condições subjetivas de um determinado instante em que o sujeito se encontra. Castel (1978) argumenta que a realização do diagnóstico conta com a delegação de poder ao perito, que a partir de um raciocínio de estilo técnico ou científico tomará uma decisão sobre um terceiro e que, dessa forma, selará o destino dele (Castel, 1978, p. 143).

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. Ainda mais que, como observa um pouco mais tarde J. Falret, “pensando bem, não se tardará em reconhecer que a Sociedade deve proteger, não somente a vida, mas a propriedade e a honra dos indivíduos, assim como a ordem pública. Desse modo, o número dos alienados que podem perturbar, por essas diferentes razões, a segurança pública, encontra-se singularmente aumentado”. Acrescentemos que o psiquiatra (sem mesmo falar de deformação profissional), podendo ser considerado responsável nos casos de “imprudência”, em virtude do mandato oficial que lhe é delegado, terá mais tendência a majorar o perigo (Castel, 1978, p. 173).

A passagem supracitada é reveladora sobre os elementos tangenciais do diagnóstico nosológico. Entende-se ingenuamente que o diagnóstico é apenas o retrato neutro de uma condição subjetiva, porém pouco se fala sobre a tendência do perito em majorar o perigo, visto que, caso contrário, a ele pode ser imputado a peche de imprudente. Também devemos levar em consideração o caráter da prevenção vinculado aos exames de averiguação da periculosidade individual, pois a sociedade teria a obrigação de proteger a propriedade e a honra dos indivíduos. Ou seja, na dúvida, preza-se pela segurança da propriedade e dos indivíduos livres em detrimento da liberdade das pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei.

A história da periculosidade no campo da psiquiatria associa-se à história das teorias da personalidade, que podem ser agrupadas em duas grandes linhas gerais: uma delas que

busca traçar a personalidade do criminoso<sup>98</sup> para então determinar as características que levaram ao ato delinquente, que tem dentre os principais representantes Pinatel (1963) e Le Blanc & Fréchette (1987); a outra dedica-se à história de vida criminosa do sujeito, levando em consideração os aspectos ambientais, partindo de uma abordagem fenomenológica da ação delituosa, cujo principal representante foi Debuyst (1977 e 1989).

Pinatel (1913-1999) foi professor de criminologia na Universidade de Paris e um dos principais fundadores da Sociedade Internacional de Criminologia em 1937. Defendeu a criminologia clínica como método para identificar os traços psicológicos que direcionavam os atos delinquentes. Para ele, a personalidade criminosa englobaria as seguintes características: agressividade, egocentrismo, labilidade e indiferença afetiva (Pinatel, 1963). Na mesma esteira de traçar as características da chamada personalidade criminosa, Le Blanc & Fréchette (1987), ao estudar a infância e a adolescência de criminosos, foram além e atribuíram a esses a Síndrome da Personalidade Delinquente, tipificada pelos seguintes sintomas: inclinação criminosa, antissociabilidade e egocentrismo (Le Blanc & Fréchette, 1987).

Debuyst (1977 e 1989) contesta o conceito da Personalidade Criminosa, tal como definido por Pinatel, Le Blanc e Fréchette, alegando que este seria estático e determinista. Apesar disso, por mais que tenha se esforçado para apreender o fenômeno da violência de forma holística, o autor não se desvinculou totalmente da tentativa de descobrir os traços de personalidade inclinados à criminalidade. Sua proposta é que o ato delinquente seja analisado a partir de três elementos: 1) a posição social do criminoso; 2) as interações e os processos do sujeito na sociedade; e 3) as características da personalidade (Debuyst, 1977 e 1989).

No campo das psicopatologias e a criminalidade, destacamos a obra de Morel (1809-1873) e sua noção de degenerescência, visto que a partir dele desenvolveu-se uma longa e aprofundada trajetória da psiquiatria forense. Seu objetivo era encontrar a unidade entre o quadro clínico, a evolução e a causa biológica de cada diagnóstico. Para ele, a degenerescência hereditária seria a causa mais importante das doenças mentais e a sistematização e classificação dos diagnósticos seria a principal tarefa da psiquiatria (Foucault, 2006). O conceito de degenerescência enquanto predisposição de traços físicos foi fundamental para a compreensão da relação entre loucura e criminalidade no século XIX, percorrendo (ousamos dizer) os séculos subsequentes até os dias de hoje. A própria ideia de

---

<sup>98</sup> Optamos por utilizar os termos “personalidade” e “criminoso” para preservar as palavras dos próprios autores citados.

periculosidade atualmente, conforme demonstraremos a seguir, guarda traços do conceito de degenerescência de Morel.

Para Foucault (2002), a noção de degeneração introduzida por Morel é o elemento-chave para a medicalização das pessoas consideradas anormais (Foucault, 2002). Na segunda metade do século XIX, a relação entre crime e loucura ganha destaque com Cesare Lombroso (1836-1909), considerado o precursor da antropologia criminal (Rigonatti, 2003). Ele incrementa o conceito de Morel apresentando a ideia de “criminoso nato”, estabelecendo as bases da interpretação do crime a partir de parâmetros biológicos. “Para Lombroso, os germes da loucura moral e do crime se encontrariam não por exceção, mas de maneira natural nos primeiros anos da vida do homem” (Darmon, 1991, p. 45).

De acordo com a escola lombrosiana, o ato delinquente seria um fenômeno da natureza humana e consequência do caráter hereditário. Trata-se de uma vinculação da loucura com uma ausência de autocontrole dos impulsos, associando-a inevitavelmente a um pré-anúncio de comportamentos criminosos futuros. O louco, enquanto ser incapaz de ressignificar seus instintos e, portanto, guiado por eles, torna-se, assim, um indivíduo perigoso, propenso à criminalidade. Nesse sentido, resta à psiquiatria o diagnóstico, com vistas a prevenir delitos e, dessa forma, proteger a sociedade. À medida que se associa a periculosidade a transtornos mentais, que se manifestam no presente pela crença da imutabilidade, o confinamento acaba sendo a resposta social e técnica mais simples.

É através de um prognóstico de periculosidade, do qual, mesmo os psiquiatras mais cientistas nunca conseguiram fornecer critérios positivos indiscutíveis, que ele pesa, sobretudo, para condicionar completamente o destino social de um sujeito (...). Trata-se, sempre, de prevenir contra uma ameaça difusa e de afirmar a competência exclusiva dos novos especialistas para detectá-la e neutralizá-la. O caráter dicotômico da oposição normal-patológico ainda restringe essa atitude à procura de “verdadeiros loucos” que um meio inocente não é capaz de descobrir. Mas esse freio é frágil, na medida em que até mesmo esse olhar desmantela uma percepção objetivista da loucura: ele procura sinais escondidos de desordem atrás das aparências de um comportamento racional. Início de uma reversão, cujas consequências ainda não deixamos de sofrer: é a normalidade que é suspeita de ser uma “aparência”, e que deverá ser comprovada diante de um tribunal de especialistas em patologia. (Castel, 1978, p. 174-175).

A noção de periculosidade atribuída ao louco causa uma inversão no processo de julgamento, pois o sujeito deixa de ser condenado pelos seus atos e passa a ser penalizado por uma suposta propensão ao crime. No exame de cessação de periculosidade, por exemplo, realizado para designar se uma pessoa permanecerá ou não no manicômio judiciário, leva-se

em consideração a história pregressa do sujeito apenas como subsídio do diagnóstico, pois o preponderante não são as ações concretas praticadas pelo sujeito e sim os atos criminosos que ele está inclinado a cometer no futuro. O exame configura-se como uma espécie de segundo julgamento<sup>99</sup>, tendo como foco, nessa etapa, os fatores de personalidade que indicam a propensão ou não a cometer novos ilícitos.

Segundo Delgado (1992),

Aspirando a ser o fundamento da responsabilidade penal, a ideia da periculosidade foi se estendendo para além e aquém do delito, de tal sorte que se definiam as formas de reconhecimento da periculosidade ante-delictual, ou mesmo se caucionavam (cientificamente?) os antigos preconceitos contra delinquente. (...). A ambição última da periculosidade sem crime é estabelecer uma legislação para os marginalizados, degenerados, maioria das velhas categorias de estado perigosos (Delgado, 1992, p. 96-97).

Se a máxima “todo mundo é inocente até que se prove o contrário” vale para os considerados normais, quando se trata das pessoas com diagnósticos psiquiátricos, o dito altera-se para “todo mundo é culpado até que o exame de cessação de periculosidade prove o contrário”. Para preservar a propriedade, as honras individuais e a reputação do perito, mesmo na dúvida, é preferível manter o louco encarcerado.

Delgado (1992) argumenta que “de princípio básico do Direito moderno, passou o conceito [periculosidade] a servir de argumento para uma ampla redefinição da função repressiva do Estado, da natureza das penas, da identificação dos sujeitos a serem objeto da ação – ou do cuidado – da Justiça” (Delgado, 1992, p. 95).

Do nosso ponto de vista, entendemos que as transgressões às normas não resultam da incapacidade de o sujeito conter seus próprios impulsos e nem de uma determinação biológica. As ações, delituosas ou não, estão relacionadas a processos de construção de significados e de valores acerca da realidade. A personalidade, nesse sentido, implica num sistema psicológico intimamente vinculado à realidade social. Em linhas gerais, a capacidade que o sujeito tem para discernir sobre seus próprios atos depende da sua condição de se apropriar conscientemente de uma determinada realidade. O desenvolvimento dessa qualidade, fundamentalmente humana, pressupõe a interação entre subjetividade e objetividade, que considera a possibilidade de predominância de uma dimensão sobre a outra (Vygotsky, 2003, p. 149).

---

<sup>99</sup> O primeiro julgamento tem como resultado a sentença que designou a medida de segurança, proferida pelo juiz e subsidiada pelo exame de sanidade mental.

Mesmo nos casos envolvendo os comportamentos de pessoas com transtornos mentais, cujo diagnóstico apontaria, em tese, para uma anormalidade, os aspectos das condições objetivas permanecem como extremamente relevantes. O simples diagnóstico de transtorno mental unicamente não é determinante para caracterizar a delinquência, podendo haver discrepâncias entre as ações de indivíduos ditos normais e entre os considerados anormais. Os comportamentos, criminosos ou não, a nosso ver, devem ser caracterizados como fenômenos complexos, que resultam da interação que se produz entre os sujeitos sociais e destes com a realidade concreta, na qual a propensão ao delito pode surgir de situações favoráveis ou desfavoráveis.

Assim, não estamos diante de um conjunto de características de personalidade criminosa e sim de uma ação resultante da interação entre diversos contextos e situações sociais, com um conjunto de processos psicológicos superiores, afetivos e vivenciais, os quais acabariam por levar o sujeito a interpretar a situação de forma específica e a cometer ou não um crime, de acordo com o sentido que lhe atribui.

Refutamos a ideia acerca da personalidade criminosa natural e imutável na compreensão da periculosidade. A criminalidade é demasiadamente complexa, visto que o ser humano é complexo, por isso não devemos supor um modelo teórico relativamente simples para descrevê-lo. Pelas mesmas razões, somos obrigados a questionar o conceito de periculosidade, tal como tem sido definido e, principalmente, a busca, durante a avaliação psicológica, por um prognóstico definido e atribuído exclusivamente aos fatores individuais – impossível de ser alcançado justamente pelo caráter dinâmico da personalidade humana.

Se o sujeito vai ou não cometer um crime no futuro depende, dentre outras coisas, de elementos econômicos, sociais e culturais. Nas situações que envolvem pessoas com transtornos mentais, esses elementos podem ser traduzidos pelo acesso ou não a medicamentos adequados, por uma rede de atenção psicossocial estruturada e por um contexto que lhe auxilie no manejo do sofrimento psíquico.



Figura 31: *Diógenes e Alexandre, o Grande* (1818) – Nicolas-André Monsiau<sup>100</sup>  
Fonte: Pergaminho Filosófico (2015).

---

<sup>100</sup> Nicolas-André Monsiau (1754-1837) foi um pintor francês, que retratou um período conturbado da França, permeado pelas consequências da Revolução Francesa. Ao retratar *Diógenes e Alexandre, o Grande*, ele deu voz a um conhecido filósofo que negou o luxo e os costumes refinados para viver em um barril. Diógenes chegou a ser chamado por Platão de “o Sócrates louco”. Quando foi capturado e posto à venda como escravo, perguntaram-lhe o que sabia fazer, “comandar homens”, disse ele, e deu ordens ao leiloeiro para chamá-lo no caso de alguém querer comprar um senhor e não um escravo. Um dia alguém lhe perguntou a que horas deveria almoçar e sua resposta foi: “se fores rico, quando quiseres; se fores pobre, quando puderes”. Na cena do quadro acima, Alexandre, rei da Macedônia, que invadiu boa parte do mundo ocidental, colocou-se na frente de Diógenes, quando este tomava banho de sol na rua, e perguntou: “posso fazer algo por você?”. O filósofo então respondeu: “sim, saia da frente de meu sol” (Pergaminho Filosófico, 2015).

### 5.3 PERICULOSIDADE DO ESTADO

Esse não é um subitem que associa a loucura à criminalidade. Nosso intento, a partir desse ponto, é demonstrar os perigos da falta de investimento nos equipamentos da RAPS. Ao longo da história da psiquiatria, conforme demonstramos no subitem anterior, o termo periculosidade foi descrito como referência à propensão de alguém praticar um crime, revelada por atos anteriores e normalmente associada às pessoas diagnosticadas com transtornos psiquiátricos.

Desde os primórdios dos manicômios judiciários, em 1921, a chamada “defesa social” esteve presente em artigos, documentos e laudos. A preocupação em proteger a sociedade da imprevisibilidade da loucura marcou (e continua marcando) a história dessas instituições centenárias. O caso de Febrônio, um dos mais emblemáticos da história do sistema prisional, demonstra o quanto o caráter da medida de segurança esteve, já na origem, associado mais à segurança da sociedade e menos ao tratamento do usuário. Depois de analisar o tipo físico do acusado – peso, massa muscular, largura do crânio, nariz, arcada dentária, etc., Heitor Carrilho, então examinador, profere a sentença: Febrônio deve ficar “segregado *ad vitam*, para os efeitos salutar e elevados da defesa social, em estabelecimento apropriado a psicopatas delinquentes” (Carrilho, 1930, p. 100).

Atualmente, a política de saúde mental conta com tecnologia e equipamentos públicos capazes de garantir a segurança da sociedade e a dignidade das pessoas com transtornos mentais. A estruturação da Rede de Atenção Psicossocial é, sem dúvida, uma necessidade na prevenção da criminalidade e na atenção à saúde mental, respeitando os direitos dos usuários. Apesar disso, ainda hoje presenciamos a repetição de casos como o de Febrônio, em que prevalece o isolamento e a punição sob o discurso de defesa social.

No terceiro capítulo, apresentamos a história do Sr. Lorie, um lavrador de 68 anos, pai de cinco filhos, preso por matar a esposa, com a qual estava casado há quase 30 anos. Depois de esfaqueá-la enquanto preparava o café da manhã, avisou a vizinha do ocorrido e pediu para ser preso. Na delegacia, afirmou que matou a esposa atendendo à ordem dada pelo “coisa ruim”. No exame de sanidade mental, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia paranoide e, por isso, ficou preso por quatro anos e meio no Complexo Médico Penal do Paraná, um manicômio judiciário. Foi solto em 2013 e, desde então, vem sendo acompanhado pelo grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, participa dos encontros semanais, administra sozinho seus

medicamentos, pratica caminhada e frequenta todas as consultas com os profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Apontamos que a tragédia poderia ter sido evitada. A reconstrução da história do Sr. Loriel revelou uma série de falhas nos procedimentos de atenção à saúde mental. Não podemos afirmar categoricamente que elas foram a causa da morte da sua esposa, mas, sem dúvida, se elas não tivessem ocorrido, as chances de sobrevivência dela seria muito maior.

A primeira das falhas diz respeito ao pedido de ajuda feito pelo Sr. Loriel e que não foi atendido. No dia 14 de dezembro de 2006, ele esteve na UBS, acompanhado de sua esposa e relatou que estava ouvindo vozes de comando. Ao abrir a geladeira, as carnes conversavam com ele. Disse ainda que seu patrão o levaria a um psiquiatra, fato que motivou a psicóloga que o atendia a não o direcionar a um serviço de urgência. Posteriormente, a profissional reconheceu que errou por “falta de experiência”, visto que estava no serviço há apenas um mês e que deveria ter encaminhado o Sr. Loriel a um psiquiatra.

A segunda relaciona-se ao tipo de medicamento administrado por ele à época da tragédia. O médico do Programa Saúde da Família havia receitado antidepressivo (Fluoxetina e Cloridrato de Clomipramina), quando na realidade ele deveria fazer uso de antipsicótico, recomendado aos pacientes com diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Segundo a bula do Cloridrato de Fluoxetina (1999), sua utilização pode causar “alterações do estado mental (por exemplo, agitação, alucinações, *delirium* e coma) (...)”. A bula adverte, ainda, que seu uso pode aumentar o risco potencial para ideias e comportamentos suicidas em pacientes pediátricos e adultos jovens (Cloridrato de Fluoxetina, 1999). Já o fabricante do Cloridrato de Clomipramina alerta os usuários que “foi observada ocasionalmente indução de psicoses em pacientes com esquizofrenia que utilizaram antidepressivos tricíclicos” (Cloridrato de Clomipramina, 1999, p. 5). No exame de sanidade mental realizado pelo setor de laudos do CMP, consta que “um médico clínico prescreveu-lhe medicamentos para ‘depressão’ – Fluoxetina e Cloridrato de Clomipramina – porém *seus sintomas não melhoraram, pelo contrário, se acentuaram*” (folha 76 – grifo nosso). Ou seja, as reações adversas dos antidepressivos, receitados equivocadamente, podem ter ocasionado a acentuação das vozes de comando que, fatalmente, levaram o Sr. Loriel a atender às ordens do “coisa ruim”, assassinando sua esposa<sup>101</sup>.

---

<sup>101</sup> Até o dia da entrevista realizada com o Sr. Loriel (06 de novembro de 2017), ele acreditava tomar medicamento para depressão e não para esquizofrenia paranoide.

E, por fim, a terceira falha encontrada no atendimento ao Sr. Loriel, que precedeu à morte de sua esposa, aponta para a importância da desmistificação da loucura. Ainda hoje encontramos pessoas que acreditam em mitos propagados na Idade Média, que associam a loucura a forças sobrenaturais. No início de janeiro de 2007, consta que o Sr. Loriel teria visitado um curandeiro, por orientação de uma autoridade política local. A “sessão espiritual” não teria surtido efeito, por isso uma consulta com um psiquiatra estaria agendada para 25 de janeiro de 2007<sup>102</sup>.

Essas foram as três falhas na atenção à saúde mental, anteriores à morte da esposa do Sr. Loriel, que encontramos durante a nossa pesquisa. Longe de culpabilizar individualmente os profissionais<sup>103</sup> que o atenderam, elas revelam o quão urgente é a estruturação da RAPS. Uma rede com investimento adequado, equipamentos suficientes, insumos para oficinas, profissionais qualificados e bem remunerados, cobertura de abrangência completa, capacitação de familiares e da população em geral, respeito aos direitos dos usuários, manutenção dos vínculos territoriais e boas condições físicas dos equipamentos certamente previnem muitas tragédias como as que envolveram o Sr. Loriel e sua esposa.

Após o assassinato da esposa, o lavrador ficou dois anos e meio em cadeia pública e mais quatro anos e meio isolado no Complexo Médico Penal do Paraná. Do nosso ponto de vista e dos profissionais que realizaram o exame de sanidade mental, o Sr. Loriel foi trancafiado no CMP indevidamente<sup>104</sup>. De acordo com o laudo, a recomendação era para que ele fosse “submetido a continuado e adequado tratamento de enfoque biopsicossocial, preferencialmente em regime ambulatorial, resguardando os internamentos para os episódios de reagudização” (folha 78). O mesmo Estado que falhou em oferecer um tratamento adequado quando ele procurou os serviços de saúde, é o que o prendeu, o julgou e o excluiu da sociedade depois da tragédia. Contraditoriamente, é também esse Estado que, atualmente, oferece tratamento sob os princípios da Reforma Psiquiátrica, por meio do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”.

---

<sup>102</sup> Essa consulta não chegou a se realizar, pois poucos dias antes o Sr. Loriel assassinou sua esposa.

<sup>103</sup> Cabe lembrar que os servidores públicos são representantes do Estado perante a população.

<sup>104</sup> Durante sua internação no CMP, dormiu em celas e circulou algemado pelas dependências da instituição. Não recebeu nenhuma visita nesse período, visto que a sua cidade de origem fica a 422 quilômetros de distância. Ele relata que foi uma experiência “muito ruim” ter ficado no CMP, mas não chega a dizer exatamente o que teria acontecido para considerar uma “experiência ruim”. Disse que na cadeia, durante o dia, pelo menos cuidava da horta e se recolhia à cela somente para dormir, mas no CMP ficava o dia todo na cela.

O Sr. Loriel era um lavrador e analfabeto funcional. Não conseguia ler e escrever sem o auxílio de uma terceira pessoa e viveu grande parte da vida em empregos informais. Seu perfil socioeconômico não é uma exceção na história da loucura e da criminalidade. Diversos são os relatos, documentos, pesquisas e livros que retratam que o público majoritário dos manicômios judiciários é composto por pessoas pobres e sem escolaridade. Não se trata, obviamente, de dizer que a alfabetização seria a solução para a loucura e para a criminalidade, mas sim de compreender que os manicômios judiciários, bem como o sistema prisional como um todo, são instituições destinadas aos pobres e sem escolaridade.

Conforme argumentou Basaglia (1985), psiquiatra e principal expoente da reforma psiquiátrica italiana dos anos 1970, “a periculosidade não reside na especificidade do diagnóstico; reside, muito mais, na falta de respostas às necessidades das pessoas” (Basaglia, 1985). Do mesmo modo, Foucault (1977), ao analisar o caso de Pierre Rivière, diagnosticado como monomaníaco por Esquirol e condenado à prisão perpétua por degolar a mãe, a irmã e o irmão, em 1835, apresenta o acusado como um camponês, que “mal sabia ler e escrever” (Foucault, 1977, p. 212).

No Brasil, a pesquisa desenvolvida por Ribeiro *et al.* (2018), sobre o perfil socioeconômico dos internos de um manicômio judiciário<sup>105</sup>, segue a mesma tônica. Os autores apresentam que 89% são analfabetos ou completaram apenas o ensino fundamental. Quanto ao contexto profissional, 29% estavam desempregados e 22% eram trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca (Ribeiro *et al.*, 2018, p. 1274).

Delgado (1992), a partir do extrato de uma decisão judicial, revela a tensão entre perito e juiz. Nesse caso, o juiz argumenta que o analisando é inculto, surdo, cego, analfabeto e com idade avançada, características que dificultam o relacionamento com outras pessoas, mas que não seriam motivo para interdição. Segue o trecho apresentado por Delgado (1992):

Quando interroguei o interditado, notei ser ele um homem plenamente normal. Respondeu com precisão todas as perguntas que lhe foram formuladas, conforme se vê do exame pessoal a que se submeteu e que se encontra no processo. No que tange a dinheiro, demonstrou ter conhecimento de seu valor, inclusive somando importâncias corretamente. Não deu, assim a impressão de sofrer qualquer anomalia mental ou psíquica. (...) tem uma vida normal, fazendo negócios em bancos, comparecendo em cartório e realizando transações, enfim, agindo com desenvoltura no seio da coletividade, sem nenhum aspecto de anormalidade, a não ser uma avançada surdez que dificulta seu relacionamento com as pessoas. (...) É, verdade, o

---

<sup>105</sup> Os autores não revelam qual é o manicômio judiciário, dizem apenas que está localizado na capital de um Estado do Nordeste.

interditando, homem inculto e portador de surdez. Entretanto, essas características, ao lado do analfabetismo, da idade provectora e da cegueira, por si sós, não constituem motivo bastante para interdição (Delgado, 1992, p. 169).

O conteúdo da decisão judicial citada por Delgado evidentemente contrapõe-se à associação mecânica analfabetismo-deficiência-doença mental e, por isso, o juiz de modo excepcional recusou a indicação do perito para interdição, sob o pretexto de que ela seria evidentemente inepta. Enquanto o perito solicitou a interdição, o juiz determinou a não curadoria.

A pesquisa realizada por Diniz (2013) aponta que a população interna do Complexo Médico Penal é também fundamentalmente composta por pobres e sem escolaridade. Segundo a autora, 91% dos internos têm no máximo o ensino fundamental completo e 88% estão desempregados ou são autônomos, atendentes de lojas, empacotadores, trabalhadores do campo, pescadores e operários de fábricas, cujos salários não ultrapassam 3 salários-mínimos (Diniz, 2013, p. 202). O estudo revela ainda que a população dos 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs)<sup>106</sup> localizados no Brasil conta com 79% de pessoas com até o ensino fundamental completo. No quesito profissional, a grande maioria (73%) são desempregados ou estão nos subempregos (Diniz, 2013, p. 39).

No geral, os dados sobre o perfil socioeconômico e de escolaridade das populações dos manicômios judiciários apontam para pessoas com pouco tempo de vida escolar e com baixa remuneração. Sabemos que o acesso à educação formal e a trabalhos dignos, com rendas adequadas, não é responsabilidade exclusivamente dos sujeitos isolados. A garantia de uma educação pública, gratuita e de qualidade é um direito constitucional, cuja atribuição recai prioritariamente sobre o Estado. É dele também que advêm políticas que regulam as relações de trabalho e a geração de empregos.

A teoria da periculosidade não é, portanto, acidental no direito penal deste século [XX]. Ela constitui um dos pressupostos ideológicos básicos do discurso e da prática do judiciário. Foucault diz que ela é um conceito “escandaloso”, sendo “a grande noção da criminologia e da penalidade” do final do século passado. “A noção de periculosidade”, afirma ele “significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei também efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam” (Delgado, 1992, p. 98-99).

---

<sup>106</sup> O estudo concentrou-se em 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs), sendo 23 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e 3 Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) localizadas em presídios ou penitenciárias (Diniz, 2013, p. 20).

O Sr. Loriel, assim como a maioria da população dos manicômios judiciários, não foi contemplado por ações do Estado que garantissem sua continuidade nos estudos formais e tampouco sua estabilidade em empregos formais. Consideramos que o Estado não detém autonomia e poder para controlar todas as nuances da teia social, pois ele se limita a uma instituição terceira na relação entre capital-trabalho, dependendo, dessa forma, de uma conjuntura específica de modelagem do sistema econômico. Assim, não se trata de esperar políticas estatais distintas daquelas permitidas pela sua realidade constituinte, mas, sim, de denunciar a hipocrisia de um Estado que anuncia (nas leis), não cumpre e penaliza os sujeitos individualmente pelos seus próprios erros.

O perigo de um Estado ineficiente e, por que não, criminoso penaliza os privados de liberdade nos manicômios judiciários nas mais variadas esferas, desde a sua vida pregressa, durante a internação, e depois da soltura. A pesquisa coordenada por Diniz (2013) aponta que uma em cada quatro pessoas presas nessas instituições estão internadas indevidamente. Dos 3.989 internos, 741 deveriam estar em liberdade, seja porque o exame de cessação de periculosidade apontou para o retorno à sociedade, estão sem processo judicial ou a medida de segurança está extinta. Some-se a isso o fato de que 1.194 pessoas estão presas em manicômios judiciários aguardando a realização de exame de sanidade mental ou de cessação de periculosidade (Diniz, 2013).

Somando os internos que deveriam estar soltos com aqueles que aguardam a realização de exames, temos o montante de 1.935 pessoas presas irregularmente em manicômios judiciários, quase a metade do total. Esse dado expressa que a prisão irregular não é uma exceção, mas é uma característica integrante da regra oficial. Se o público interno não necessita (ou não se sabe se necessita) do suposto tratamento oferecido por essas instituições, é porque, na realidade concreta, elas estão cumprindo outras finalidades – que não a atenção à saúde mental.

Delgado (1992) confirma que essa realidade, de encarceramento sem os devidos exames em dia, é uma constante. Segundo o autor,

O Manicômio Judiciário (“Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico”) é a instituição concreta destinada ao cumprimento da medida de segurança, e baseada no conceito de periculosidade do doente mental infrator. Embora a legislação obrigue a realização de exames psiquiátricos, criminológico e “de periculosidade” regularmente (artigo 100 e 174, mais 8º e 9º da Lei de Execuções Penais), eles são absolutamente assistemáticos, quase excepcionais, no cotidiano dos Manicômios Judiciários. Predomina o caráter indeterminado da medida de segurança, tanto em

seu prazo como na natureza da intervenção (terapêutica? punitiva? ambas?) a que são submetidos os detentos/pacientes (Delgado, 1992, p. 90).

Conforme vimos até aqui, casos como o do Sr. Loriel repetem-se por todo o país, não se tratam de exceções, mas, sim, da regra geral. Os sujeitos são punidos por não serem contemplados pelos direitos constitucionais (educação e trabalho), ficam à mercê de uma RAPS pouco estruturada, são julgados de forma questionável e são punidos novamente por uma instituição centenária, que discursivamente deveria oferecer tratamento de saúde mental, mas, na prática, serve para isolar e excluir.

Como se não bastasse, os sujeitos são apontados como portadores de periculosidade, quando na realidade o grande perigo está num Estado neoliberal, que transfere sua responsabilidade para terceiros e que lança mão do sistema punitivista como política recorrente de atenção à saúde mental. Com uma rede bem estruturada, certamente muitos crimes, como aquele cometido pelo Sr. Loriel, poderiam ser evitados.

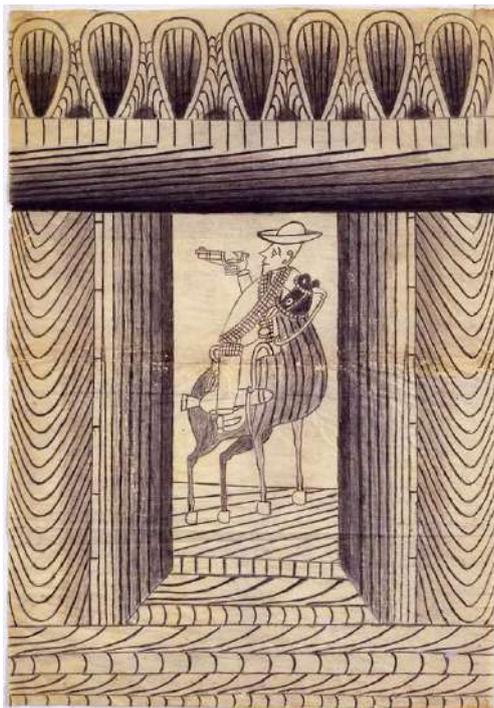


Figura 32: *Cavalo e Cavaleiro* (1953) – Martín Ramírez<sup>107</sup>  
Fonte: Folk Art Museum (2007).

---

<sup>107</sup> O mexicano Martín Ramírez (1895-1963) criou quase 300 desenhos dentro dos limites do DeWitt State Hospital, no norte da Califórnia, onde esteve internado nos últimos 15 anos de sua vida. Antes de ser internado, migrou para os EUA para buscar emprego e trabalhou em ferrovias por cinco anos. Como não sabia falar inglês, depois de seis anos ficou desempregado e sem local para morar. Foi detido pela polícia pela situação de pobreza e mendicância. Recebeu diagnóstico de esquizofrênico e acabou internado por 30 anos, no total. Primeiro foi institucionalizado, no Stockton State Hospital, e depois no DeWitt State Hospital (Folk Art Museum, 2007).

#### 5.4 QUAIS CASOS DEVEM SER ATENDIDOS PELO MANICÔMIO JUDICIÁRIO?

Não é incomum a existência de questionamentos, oriundos das mais variadas fontes, inclusive de militantes do movimento da Luta Antimanicomial, sobre quais seriam os casos em que haveria a necessidade de internamento em unidade prisional. Tal questionamento tem como pressuposto que em situações graves, normalmente envolvendo pessoas diagnosticadas por psicopatias ou esquizofrenias, a instituição adequada para tratamento seria, de fato, o manicômio judiciário. A esse tipo de dúvida (ou tese), afirmamos categoricamente: nenhuma situação requer a institucionalização de seres humanos em manicômio judiciário. Independentemente do tipo de crime e do diagnóstico psiquiátrico, o espaço para atenção à saúde mental é sempre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Não existem exceções, acreditamos que todas as pessoas que tenham recebido algum diagnóstico psiquiátrico e estejam em conflito com a lei podem e devem ser acompanhadas pela RAPS.

Um exemplo de programa de atenção à saúde mental de pessoas em conflito com a lei, com foco nos equipamentos da RAPS, é o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI), instituído em 2006 pelo estado de Goiás. Desde então, a responsabilidade pela atenção à saúde mental das pessoas em medidas de segurança é da Secretaria de Estado da Saúde e não da Secretaria de Segurança Pública. Isso significa que esses usuários são acompanhados pelos equipamentos RAPS e não pelas unidades prisionais. Em 2009, o sucesso do programa levou-o a vencer o Prêmio Innovare, demonstrando, sobretudo, que é possível oferecer um acompanhamento eficaz e garantir a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários dos usuários dos serviços de saúde mental em conflito com a lei (Caetano, 2016).

O programa é inovador porque conseguiu extinguir qualquer possibilidade de encarcerar pessoas sob medida de segurança, seja em penitenciárias comuns ou em manicômios judiciários. Trata-se de uma equipe de profissionais, que realizam a articulação com a RAPS do Estado de Goiás, no sentido de garantir que as pessoas em medida de segurança sejam inseridas nos serviços substitutivos.

A origem do Paili é marcada por muitos embates jurídicos. Desde 1996, o Ministério Público vinha questionando judicialmente a forma como as pessoas em situação de transtorno psiquiátrico estavam sendo acompanhadas no sistema penitenciário. Inicialmente, por iniciativa do promotor de justiça Haroldo Caetano da Silva, instaurou-se inquérito civil

público, com vistas a realizar um levantamento dos casos de pessoas submetidas à medida de segurança. Foram identificados cerca de 30 homens presos há anos, alguns há décadas, abandonados no sistema penitenciário. Posteriormente, em 1999, o Ministério Público ingressou com uma série de medidas judiciais, conseguindo, primeiro, a proibição de ingresso de novos pacientes em medida de segurança nas penitenciárias e, depois, no ano 2000, a soltura de todos pacientes psiquiátricos presos ilegalmente (Ministério Público de Goiás, 2013, p. 9).

Depois disso, o governo estadual ainda teve duas tentativas frustradas de construir o manicômio judiciário de Goiás e ambas tiveram as obras embargadas. A primeira, em 2001, por apresentar arquitetura inadequada, e a segunda por questão de insalubridade – a área de construção estava próxima ao lixão de Trindade. Cumpre lembrar que no mesmo ano (2001) foi aprovada a Lei nº 10.216, abrindo espaço para uma rediscussão a respeito da atenção à saúde mental das pessoas em medida de segurança. A partir de então, esses usuários não mais seriam acompanhados pelo sistema penitenciário e sim pelos equipamentos da saúde (Ministério Público de Goiás, 2013, p. 9-10).

O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator assumiu oficialmente no dia 26 de outubro de 2006 a função idealizada pelo Ministério Público do Estado de Goiás, à qual aderiram os diversos órgãos que naquela data subscreveram o histórico ato de implementação do PAILI. (Ministério Público de Goiás, 2013, p. 11).

Desde 2006, o programa vem funcionando da seguinte forma: a equipe do Paili, composta por advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhantes terapêuticos, psiquiatras e auxiliares administrativos, estuda cada caso individualmente, elabora o Projeto Terapêutico Singular (ou individual) e acompanha a evolução dos tratamentos pelos equipamentos da RAPS – sempre remetendo os resultados à autoridade judiciária. O programa visa a articulação em rede, envolvendo as equipes de saúde dos municípios, as famílias dos usuários e as instituições parceiras (Ministério Público de Goiás, 2013, p. 26-27).

Passados 13 anos desde a implementação do programa, os resultados obtidos quebram qualquer dúvida sobre a viabilidade ou não da atenção à saúde mental das pessoas em situação de medida de segurança ser feita integralmente pela RAPS. O sucesso do PAILI demonstra que o manicômio judiciário é uma instituição completamente descartável, no sentido de defesa social, de preservar os direitos dos usuários e principalmente da eficácia da rede substitutiva na atenção à saúde mental.

De acordo com Costa (2014), até o final de 2012, o programa havia atendido 313 usuários, sendo que, destes, foram constatadas 17 reincidências, o que corresponderia a uma proporção de apenas 5% (Costa, 2014, p. 83). A publicação de Diniz & Soares (2016), dois anos depois, confirma o mesmo índice de reincidência: 5%, sendo que, naquele ano, o número de atendimentos havia saltado para 495.

Enquanto a taxa de reincidência dos usuários acompanhados pelo Paili é de 5%, no sistema prisional convencional<sup>108</sup> esse índice é bem superior. A pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, em 2015, apontou que a reincidência nas penitenciárias convencionais é de 24,4% (IPEA, 2015, p. 23). Isso significa que os usuários acompanhados pela RAPS, sobre a articulação do Paili em Goiás, têm cerca de cinco vezes menos chances de voltar a cometer um ilícito penal do que os presos das penitenciárias comuns. Essa comparação demonstra a eficácia do programa também no quesito de “defesa social” – preocupação que ao longo da história justificou o encarceramento de pessoas com diagnósticos psiquiátricos em conflito com a lei.

Destacamos que, mesmo o Paili obtendo sucesso em diversas esferas<sup>109</sup>, os resultados poderiam ser ainda melhores, não fossem as dificuldades encontradas na RAPS em Goiás. Segundo Costa (2014), dos 246 municípios do Estado, apenas 38 contam com CAPS, representando uma cobertura de, aproximadamente, 59,4% da população. A cobertura das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 64,61%, também muito abaixo do necessário (Costa, 2014, p. 105).

Como o programa é, na realidade, um articulador que visa direcionar os pacientes em medida de segurança à rede substitutiva, é fundamental que ela esteja estruturada, com equipamentos suficientes, profissionais qualificados e bem remunerados e demais necessidades. Quando se constata, conforme apontado por Costa (2014), que a cobertura dos CAPS e das equipes de ESF são insuficientes, coloca-se em xeque a própria eficácia do Paili. Apesar disso, mesmo diante das dificuldades estruturais, o programa vem demonstrando sua eficácia, conforme apontamos acima.

Silva (2010) também aponta algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais do programa. Uma delas é o preconceito da população e até de profissionais de saúde dos municípios em receber novamente as pessoas com diagnósticos psiquiátricos em conflito com

---

<sup>108</sup> Não encontramos pesquisas sobre a reincidência entre os usuários dos HCTPs.

<sup>109</sup> Garantia dos direitos dos usuários; defesa social; e eficácia da rede substitutiva

a lei. O autor relata o caso de um usuário que “matou a mãe a pauladas” e, por isso, teve seu retorno recusado por parte dos irmãos e dos moradores da cidade do interior. Eles chegaram a enviar um abaixo-assinado ao Ministério Público, informando “que não desejam seu retorno. A promotora pública da cidade ligou para o programa recentemente, dizendo que, se o usuário retornar, ‘vai ser linchado’” (Silva, 2010, p. 674).

Lembremos do caso do Sr. Loriei, apresentado no terceiro capítulo, em que passou por situação semelhante depois de assassinar a esposa. A tragédia chocou a pequena cidade do interior do Paraná, a ponto de uma das irmãs e um dos filhos do casal não aceitarem restabelecer laços com o Sr. Loriei. Depois que ele retornou à cidade, em 2013, seis anos após o fato, uma agente comunitária de saúde negou-se a realizar atendimento no local que ele estava residindo. Ela justificou a recusa por medo de ser atacada por ele.

Realmente, o estigma relacionado à loucura, principalmente quando existem fatos concretos de crimes cometidos pelas pessoas com transtornos mentais, é um grande desafio a ser enfrentado. A tônica do punitivismo impera não só nas políticas e ações do Estado, mas também entre os profissionais de saúde (representantes diretos deste), familiares e população em geral. Tal fato é, sem dúvida, um dos grandes empecilhos para que o louco-criminoso seja acompanhado diretamente pela RAPS, preservando os vínculos territoriais, familiares e comunitários.

Outra questão que afeta diretamente o andamento do Paili diz respeito aos vínculos empregatícios dos profissionais. Segundo Silva (2010), “apenas dois profissionais de quase dez têm contratos fixos; os demais eram temporários. Restam hoje cinco pessoas na equipe do programa” (Silva, 2010, p. 672). É condição para o bom funcionamento de qualquer política social uma equipe com estabilidade (possibilitando a continuidade das ações), remuneração e jornada de trabalho adequadas (garantindo a satisfação e dedicação total dos profissionais) e em número de pessoas suficiente (com vistas à ampliação da cobertura).

Conforme vimos no capítulo anterior, o sucateamento de programas, serviços e políticas sociais em geral é uma das prerrogativas do neoliberalismo. O Paili, enquanto um programa vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, não está imune às configurações e características estruturais do Estado. Mesmo assim, diante das dificuldades apontadas, o programa vem obtendo bons resultados.

Ao longo desses anos, o programa vem se tornando uma referência nacional e um exemplo a ser copiado pelos demais estados da federação. O fato de apenas 5% dos usuários

terem reincidido demonstra que, mesmo no quesito “defesa social”, o programa tem se demonstrado eficiente e, o melhor, tal resultado tem sido obtido com respeito à dignidade das pessoas com transtornos mentais ou em situação de sofrimento psíquico e com a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários, ao contrário do que ocorre dentro dos manicômios judiciários.

Desde 2006, o Paili tem demonstrado que todos os casos de pessoas com diagnóstico psiquiátrico e em conflito com a lei podem ser acompanhados pela RAPS e não há nenhuma situação em que seja necessário o encarceramento em manicômio judiciário.

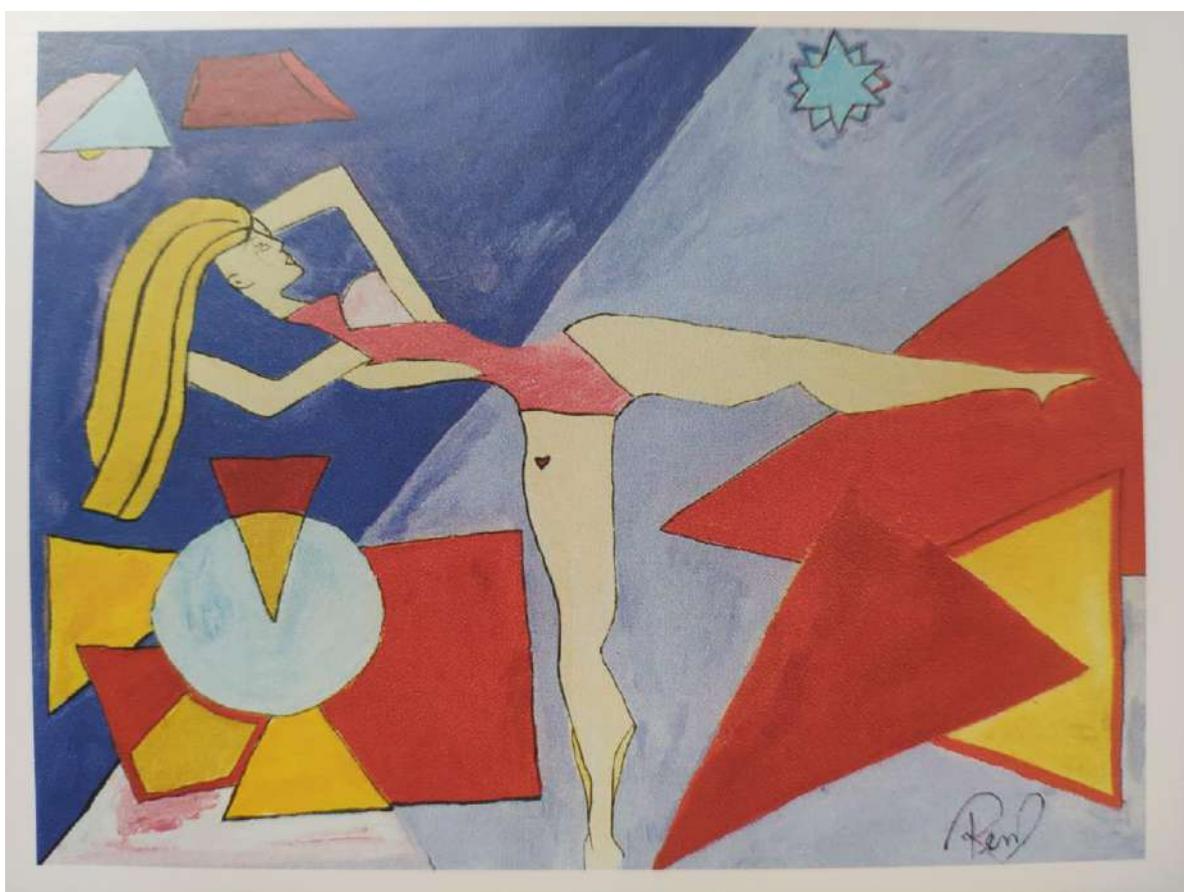


Figura 33: *O dia propenso* (s/d) – Renata Maria Polten<sup>110</sup>  
Fonte: Drummond & Hidalgo (2006, p. 66).

<sup>110</sup> Renata Maria Polten retrata na presente obra os percalços encontrados por uma mulher para manter o equilíbrio. Renata foi acompanhada pela Associação Livre Mente Arnaldo Gilberti (AAG), uma associação vinculada aos serviços de saúde mental de Curitiba, cujos princípios estão em consonância com a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários dos usuários (Drummond & Hidalgo, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Presenciamos um descompasso significativo entre o manicômio judiciário e os princípios da Reforma Psiquiátrica, uma vez que nesses o foco da atenção à saúde mental valoriza o acolhimento e o cuidado com a manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários, enquanto aquele, ao contrário, prevalece a lógica da psiquiatria tradicional e o encarceramento sob o discurso de tratamento.

O caso do Sr. Loriel<sup>111</sup>, preso por quatro anos e meio no Complexo Médico Penal do Paraná, coloca em xeque a efetividade dos manicômios judiciários no tratamento de pessoas com diagnóstico psiquiátrico. Conforme demonstramos, ele saiu da instituição apático, com dificuldades de comunicação e interação e era dependente de familiares para tarefas domésticas simples. Em vez de auxiliá-lo na construção de mecanismos para lidar com a sua condição psíquica, acreditamos que o “tratamento” recebido no manicômio judiciário violou condições mínimas de subsistência e dificultou a sua convivência familiar e comunitária.

Os manicômios judiciários são instituições paradas no tempo, que não acompanharam os avanços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito político-social e das pesquisas que demonstraram a efetividade da manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários. Curiosamente, eles foram vítimas do mesmo princípio que fundamenta o tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico: o

---

<sup>111</sup> Cumpre lembrar que tentamos ampliar o número de casos pesquisados no presente trabalho. Em Curitiba, existem situações semelhantes à do Sr. Loriel, acompanhadas pela RAPS e, quando soubemos, passamos a negociar a realização da pesquisa com os equipamentos de saúde do município. Depois de quase seis meses de tentativas de aprovação, o Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Curitiba vetou a realização da pesquisa sob o seguinte argumento: “por tratar-se de usuários que apresentam acentuada fragilidade e vulnerabilidade e estão sob os cuidados continuados da equipe do CAPS, evita-se a qualquer momento exposição que possa prejudicar o processo terapêutico instituído, portanto o parecer de viabilidade é de não aprovado” (Anexo 2). A preocupação com a exposição do usuário é um dos critérios fundamentais a serem julgados pelos comitês de ética em geral. No entanto, esse é um dos nossos principais cuidados na realização das entrevistas e, justamente por isso, o projeto original já tinha sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá (Anexo 1) e a própria ampliação do perímetro de pesquisa, com a inclusão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba como parceira, também já tinha sido aprovada (Anexo 3). Para nós, a realização de pesquisas acadêmicas que deem voz aos inúmeros casos de violações no interior dos manicômios judiciários é um dos passos mais importantes para pôr fim a essas instituições centenárias. Enquanto as violências não vierem a público e ficarem atrás dos muros do manicômio, dificilmente eles serão derrubados. Do mesmo modo, os atendimentos de sucesso realizados na RAPS devem ser cada vez mais visíveis, para que a comunidade em geral perceba que é possível e desejável acompanhar o louco-criminoso diretamente no território. O veto à realização do estudo, por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, apresenta-nos questões a serem respondidas em pesquisas futuras: como está a estrutura física dos equipamentos de saúde do município? Como são remunerados e qual a jornada de trabalho dos profissionais? Quais são os serviços e programas oferecidos pela RAPS? Eles são suficientes?

isolamento. Essas instituições ficaram tão isoladas da sociedade que acabaram não acompanhando o ritmo dos avanços que ocorrem no seu entorno.

Há quase um século, permanecem nos manicômios judiciários as práticas asilares, o não-tratamento e o punitivismo sob o discurso de defesa social. Durante esse período, algumas coisas mudaram: a precarização dos serviços públicos (fruto da lógica neoliberal) a decadência do prestígio científico e social dos manicômios judiciários e o fato de, atualmente, contarmos com uma legislação/ciência/prática sustentadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica – elementos suficientes para defendermos o total fechamento dessas instituições.

Se no início do século XX os manicômios judiciários eram símbolo de tecnologia e modernidade, vinculados intimamente às demandas da época, atualmente eles caíram no esquecimento e representam o que há de mais arcaico e antiquado no acolhimento e cuidado dos loucos-criminosos. Acreditamos que não haja outra solução que não seja o fechamento da totalidade dessas instituições. A atenção psicossocial aos pacientes com diagnósticos psiquiátricos, mesmo nos casos graves de pessoas acusadas de cometer crimes, deve se realizar nos equipamentos da RAPS.

Nosso estudo de caso comprova a tese de que a RAPS é muito mais eficiente do que o manicômio judiciário. Depois de ficar preso no Complexo Médico Penal do Paraná (CMP) por quatro anos e meio, o Sr. Loriel retornou à pequena cidade de origem, passando a participar do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”. Tal participação, aliada a um acompanhamento sistemático por parte da equipe de saúde e assistência social do município, bem como sua relação com a família, amigos e território, trouxeram evoluções significativas na sua condição de vida. Apesar das dificuldades que enfrentou logo que retornou do CMP, hoje ele conta com certa autonomia para se deslocar, realizar atividades físicas e administrar os medicamentos; interage com seus colegas, participa das conversas, apresenta sua opinião e é capaz de defender suas ideias; realiza as atividades propostas e quando tem dificuldade solicita auxílio das profissionais. Essas características não foram verificadas logo quando retornou ao município, pois o “tratamento” oferecido pelo CMP não possibilitou o desenvolvimento dessas capacidades. Ou seja, o desenvolvimento de mecanismos que permitiram ao Sr. Loriel lidar com sua condição psíquica é fruto das atividades desenvolvidas pela RAPS, do acolhimento do irmão e do manejo adequado na medicação.

Mesmo diante de uma certa evolução no quadro clínico-social do Sr. Loriel, o assassinato de sua esposa e o conseqüente encarceramento no CMP trouxeram conseqüências

que se mantém até hoje, como o fato de familiares não quererem contato com ele, seu ainda presente embotamento afetivo, o uso contínuo de medicamento e sua autonomia não é a mesma de antes da tragédia. Na mesma esteira, é importante relativizarmos a estrutura da RAPS no município pesquisado, pois, por mais gloriosos que sejam os esforços das profissionais do grupo de saúde mental “Bem-me-quer”, a localidade conta apenas com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e um Hospital Municipal, mas nenhum equipamento específico de saúde mental.

Valorizar os equipamentos da RAPS em detrimento dos manicômios judiciários não significa fechar os olhos para seus problemas. Ainda estamos longe do ideal e reconhecemos as falhas e a necessidade de melhorias. É preciso aumentar os investimentos em formação profissional, construção de equipamentos em número compatível com o tamanho da população, promover pesquisas e garantir que, de fato, o espectro manicomial não ronde mais a atenção em saúde mental no país.

As atuais tentativas de frear as conquistas do movimento da Luta Antimanicomial servem como pano de fundo para a existência dos manicômios judiciários. Enfrentar o modelo manicomial é enfrentar o poder político e econômico estabelecidos no país. O questionamento ao isolamento e à exclusão verificados em tais instituições está longe de se restringir à arena acadêmica.

Compreendemos, desse modo, que a periculosidade pode se tornar mais característica do Estado do que do louco-criminoso. A desestruturação da RAPS dificulta o convívio familiar e comunitário das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico e em conflito com a lei. Privilegiar a manutenção do louco-criminoso no manicômio judiciário em vez da RAPS é abdicar das conquistas da Reforma Psiquiátrica. À medida que a função social do manicômio judiciário distancia-se dos princípios da Reforma Psiquiátrica, tais instituições, em vez de oferecerem tratamento, tornam-se verdadeiras prisões travestidas de estabelecimentos de saúde.

Defendemos que todos os loucos-criminosos devem ser acompanhados a partir da manutenção dos vínculos territoriais, familiares e comunitários. Para tanto, é fundamental fortalecer os princípios, os programas, os equipamentos e as práticas da Reforma Psiquiátrica. Uma RAPS com investimento adequado pressupõe capacitação profissional, cursos, palestras, rodas de conversas e debates com a comunidade acerca do sofrimento psíquico. A desmistificação da loucura é essencial para aprendermos a lidar com fenômenos tipicamente

humanos, que muitas vezes caem no imaginário popular como se fossem temas místicos e religiosos.

A criminalização da pobreza é uma das formas pelas quais a organização social tenta resolver suas contradições. Nesse sentido, o psiquiatra Pedro Gabriel Delgado, durante a sua arguição na defesa pública da presente tese, considera que a permanência do manicômio judiciário por cerca de 100 anos não se justifica somente por um eventual esquecimento da Reforma Psiquiátrica.

## REFERÊNCIAS

- Adorno, S. (2006). Crimen, punición y prisiones em Brasil: un retrato sin retoques. *In: Quórum* (Alcalá de Henares), v. 16, p. 41-49.
- Aguiar, M. C. M. de, & Lourenço, L. C. (2011). Paradoxo ou Ambivalência? Hospício e prisão – o caso do Hospital de Custódia e Tratamento - HCT/BA. *XV Congresso Brasileiro de Sociologia 26 a 29 de julho de 2011*, Curitiba (PR). GT21 – Segregação Social, Políticas Públicas e Direitos Humanos.
- Aguirre, C. Cárcere e Sociedade na América Latina, 1800-1940. *In: Maia et al. História das Prisões no Brasil*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.
- Alvarez, M. C. et al. (2003). A Sociedade e a Lei: o código penal de 1890 e as novas tendências penais na nova república. *Justiça e História*. Porto Alegre, v. 3, n. 6.
- Amaral, N. C. (2011). O financiamento das IFES Brasileiras e o custo aluno em FHC e Lula. *In: Encontro da ANPED*, 34. Natal. Recuperado em 03 de novembro, 2018, de <http://www.anped11.uerj.br/GT11-505%20int.pdf>
- Amarante, P. D. C. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Amarante, P. D. C. (2004). *Guia de fontes e catálogo de acervos e instituições para pesquisas em saúde mental e assistência psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro* [PDF]. Rio de Janeiro: Laps/Ensp/Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado em 03 de novembro, 2018, de [http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos\\_novo/dados/arq423.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq423.pdf)
- Amarante, P. D. C. (2006). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. 5 ed. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Amarante, P. D. C. (2011). *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3 ed. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Amarante, P., & Rotelli, F. (1992). Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. *In: Amarante, P., Bezerra, J, B. (Orgs.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumar.
- American Psychiatric Association. (1989). *DSM-3: Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais*. São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-4: Manual Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais*. São Paulo: Manole.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

- Arbex, D. (2013). *Holocausto Brasileiro*. São Paulo, SP: Geração Editorial.
- Arquivo Público. (2017). *Pesquisando no arquivo: louco de tulipa*. Recuperado em 23 de maio, 2019, de <https://arquivopublicors.wordpress.com/tag/pedra-da-loucura/>
- ArteemTer. (2010). *Maria do Socorro Santos*. Recuperado em 23 de maio, 2019, de <http://arteemterblog.blogspot.com/2010/07/maria-do-socorro-santos.html>
- Arte Médica. (2010). “*O Louco*” de Pablo Picasso. Recuperado em 23 de maio, 2019, de <http://medicineisart.blogspot.com/2010/07/o-louco-de-pablo-picasso.html>
- ArtenaRede (2016). *O café de Portinari*. Recuperado em 23 de maio, 2019, de <http://artenarede.com.br/blog/index.php/o-cafe-de-portinari/>
- Associação Brasileira de Saúde Mental (2019). *O cuidado em saúde mental e a contrarrrreforma psiquiátrica: posicionamento crítico da ABRASME à nota técnica do Ministério da Saúde (MS) n. 11/2019 de 04 de fevereiro de 2019*. Recuperado em 02 de junho, 2019, de [https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID\\_INFORMATIVO=412](https://www.abrasme.org.br/informativo/view?TIPO=&ID_INFORMATIVO=412)
- Banzato, C. E. M., & Pereira, M. E. C. (2014). O lugar do diagnóstico na clínica psiquiátrica. *In: Bezerra, Benilton Jr; Costa, Jurandir Freire; Zorzanelli, Rafaela (Org.). A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 1. ed., p. 35-54.
- Baptista, T. W. F. (2007). História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In: Matta, G. C. & Pontes, A. L. M. (Org.). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do SUS*. FIOCRUZ e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, cap.1.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84. Recuperado em 02 de dezembro, 2018, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902002000100008&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Barros, D. D. (1994). *Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste*. Ed. USP/Lemos: São Paulo.
- Barros-Brisset, F. O. (2010). *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Batista, V. M. (2003). *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan.

- Bezerra, B. J. (2014). A psiquiatria contemporânea e seus desafios. In: Bezerra, B. J., Costa, J. F., & Zorzanelli, R. (Org.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 1. ed., p. 9-31.
- Black, E. (2003). *A guerra contra os fracos*. Tradução T. Magalhães. São Paulo: A Girafa.
- Bianchini, A. (2000). *Pressupostos materiais mínimos da tutela penal: uma abordagem a partir dos postulados constitucionais*. Tese (Doutorado em Direito) – Programa de Pós-graduação em Direito: Direito das relações sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, São Paulo.
- Boarini, M. L. (2007). A higiene mental e o saber instituído. *Mnemosine*, v. 3, n. 1.
- Boarini, M. L. (2009). A (desconhecida) reforma psiquiátrica em municípios aquém de pequeno porte. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 28-50, abr.
- Boarini, M. L. (2011). A eugenia sob a lente de Lima Barreto. In: Boarini, M., L. *Raça, higiene mental e nação forte: mitos de uma época*. Maringá: Eduem.
- Boarini, M. L. (2012). Apresentação. In: Boarini, M, L. (Org.). *Higiene Mental: ideias que atravessaram o século XX*. Maringá: Eduem.
- Bocchi, J. I. (2003). Século XIX: Renascimento Agrícola, Economia Cafeeira e Industrialização. In: Rego, J. M., & Marques, R. M. (Org.). *Formação Econômica do Brasil*. São Paulo: Saraiva.
- Bodin, J. (1986). *Les six livres de la République*. Paris: Fayard.
- Boito Junior, A. (2006). A burguesia no Governo Lula. *Crítica Marxista*. n. 21, Rio de Janeiro, Reevan. p. 52-76.
- Braz, M. (2004). O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*. São Paulo: Cortez, ano XXV, nº 78, p. 48-68, julho.
- Burckhardt, J. (1991). *A cultura do Renascimento na Itália*. São Paulo: Cia. das Letras.
- Caetano, H. (2016, 25 de outubro). *10 anos de Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*. cartacapital.com.br. Recuperado em 14 de julho, 2017, de <http://justificando.cartacapital.com.br/2016/10/25/10-anos-de-programa-de-atencao-integral-ao-louco-infrator/>
- Cardoso, A. (1925). Subsídios à legislação sobre imigração. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, n. I, ano I, p. 141-146. Recuperado em 13 de julho, 2017, de [www.ppi.uem.br/gephe](http://www.ppi.uem.br/gephe)
- Carrara, S. (1998). *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP.

- Carrara, S. (2010). A história esquecida: os manicômios judiciários no Brasil. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Hum.* 20(1): 16-29.
- Carrilho, H. (1930). Laudo do exame médico-psicológico procedido no acusado Febrônio I. do B. Loucura moral. Homossexualismo com impulsões sádicas. Delírio de imaginação de carácter místico. Estudo clínico e médico-legal. Incapacidade de imputação. Temibilidade. Defesa Social. Necessidade de internação. *Archivos do Manicomio Judiciario do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 1, ano I, p. 77-102.
- Carrilho, H. (1931). As directrizes actuaes da medicina das prisões. *Archivos do Manicomio Judiciario do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 1 e 2, ano II, p. 5-10.
- Carrilho, H. (1932a). Objectivos da pericia psiquiatrica. *Archivos do Manicomio Judiciario do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 1 e 2, ano III, p. 5-23.
- Carrilho, H. (1932b). Desvios éticos. Perversões sexuais. Exibicionismo. Capacidade de imputação diminuida. *Archivos do Manicomio Judiciario do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 1 e 2, ano III, p.88-91.
- Carrilho, H. (1932c). Apreciação retrospectiva da embriaguez. Amnesia exagerada. Neurosífilis. Exaltação emocional no momento do delíto. *Archivos do Manicomio Judiciario do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 1 e 2, ano III, p. 92-97.
- Carvalho, F. J. C. (2008). Keynes e o Brasil. *Economia e Sociedade*, 17(spe), 569-574. Recuperado em 24 de fevereiro, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-06182008000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182008000400003)
- Carvalho, R. (2017, 14 de dezembro). *Bolsonaro diz que quer dar “carta branca” para PM matar em serviço*. noticias.uol.com.br. Recuperado em 17 de março, 2019, de <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2017/12/14/bolsonaro-diz-que-quer-dar-carta-branca-para-pm-matar-em-servico.htm>
- Carvalho, R. U. (1954). *Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Doenças Mentais, n. 1 a, anos XX a XXIII, p.7-10.
- Castel, R. (1978). *A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- Castilhos, R., Mazui, G., & Palma, G. (2019, 7 de maio). *Bolsonaro assina decreto que muda regras sobre uso de armas e de munições*. g1.globo.com. Recuperado em 08 de julho, 2019, de <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/05/07/bolsonaro-assina-decreto-que-muda-regras-sobre-uso-de-armas-por-colecionadores-e-atiradores.ghtml>
- Cecílio, L. C. O. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478.

Chabod, F. (1990). *Escritos sobre el Renacimiento*. México: Fondo de Cultura.

Chalhoub, S. (2001). *Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2008, 2ª reimpressão da 2ª ed.

Código Criminal. (1830). Recuperado em 05 de dezembro, 2018, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/LIM-16-12-1830.htm)

Coelho, G. (2019, 12 de junho). *CCJ do Senado vota pela derrubada do decreto das armas do governo Bolsonaro*. conjur.com.br. Recuperado em 23 de maio, 2019, de <https://www.conjur.com.br/2019-jun-12/ccj-senado-aprova-derrubada-decreto-armas>

Colucci, M., & Vittorio, P. (2001). *Franco Basaglia*. Milano: Bruno Mondadori.

Conhecendo Museus. (2018). *1º de maio: seis obras que retratam a importância do trabalhador*. Recuperado em 14 de junho, 2019, de <http://www.conhecendomuseus.com.br/noticias/1o-de-maio-obras-de-arte-retratam-a-importancia-do-trabalhador/>

Contini, L. (1957). Homicídio expressivo de psicose alucinatória alcoólica. *Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 2, ano XXVI, p. 159-164.

Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* [PDF]. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado em 06 de fevereiro, 2019, de [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a\\_Edixo\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf)

Conselho Federal de Psicologia. (2015). *Inspeções aos manicômios*. Relatório Brasil 2015/Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP. Recuperado em 07 de novembro, 2018, de [www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br)

Conselho Nacional de Justiça. (2010). Resolução 113. *Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências*. Recuperado em 08 de junho, 2017, de [http://www.cnj.jus.br/files/atos\\_administrativos/resolucao-n113-20-04-2010-presidencia.pdf](http://www.cnj.jus.br/files/atos_administrativos/resolucao-n113-20-04-2010-presidencia.pdf)

Constituição Política do Império do Brasil. (1824). Recuperado em 07 de março, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao24.htm)

Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil. (1934). Rio de Janeiro. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm)

- Constituição dos Estados Unidos do Brasil. (1937). Recuperado em 09 de abril, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao37.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao37.htm)
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1967). Recuperado em 03 de maio, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao67.htm)
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Recuperado em 06 de maio, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Cooper, D. (1989). *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.
- Cordeiro, D. C., Diehl, A., & Laranjeira, R. (2010). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Costa, J. F. (2007). *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Costa, L. (2014). *Uma porta, várias saídas: análise do processo de reorientação da atenção à saúde mental de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei através do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI)* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba. Recuperado em 05 de junho, 2019, de [https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2811/COSTA\\_Lucio\\_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/2811/COSTA_Lucio_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cloridrato de Clomipramina. (1999). Gidel Soares. Américo Brasiliense/SP: COM Concessionária Paulistana de Medicamentos S/A. Bula de remédio.
- Cloridrato de Fluoxetina. (1999). Tatiana de Campos. Campinas/SP: Medley Farmacêutica Ltda. Bula de remédio.
- Cultura Genial (s/d). *Quadro Retirantes de Candido Portinari*. Recuperado em 24 de maio, 2019, de <https://www.culturagenial.com/quadro-retirantes-de-candido-portinari/>
- Cunha, M. C. P. (1987). Ainda o Juquery: notas para um (velho) debate. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, 3(4), 80-86. Recuperado em 12 de novembro, 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451987000200013>
- Dalgalarrodo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Darmon, P. (1991). *Médicos e assassinos na Belle Époque: a medicalização do crime*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Debuyst, C. (1977). *Le concept de dangerosité et un de ses éléments constitutifs: la personnalité (criminelle)*. *Déviance et Société*, 1/4, p. 363-388.
- Debuyst, C. (1989). *Criminologie clinique et inventaire de personnalité. Utilisation quantitative ou qualitative*. *Déviance et Société*, 13, 1, p. 1-21.

- Decreto n. 847. (1890). *Promulga o Código Penal*. Recuperado em 23 de maio, 2019, de <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=66049>
- Decreto n. 1132. (1903). *Reorganiza a assistência a alienados*. Recuperado em 03 de junho, 2019, de <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=47507&norma=63278>
- Decreto n. 14.831. (1921). *Aprova o regulamento do manicômio judiciário*. Recuperado em 03 de julho, 2017, de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14831-25-maio-1921-518290-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Decreto 9.761, de 11 de abril de 2019. *Aprova a Política Nacional sobre Drogas*. Recuperado em 25 de maio, 2019, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#anexo](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm#anexo)
- Decreto-Lei n. 2.848. (1940). *Código Penal*. Recuperado em 18 e agosto, 2017, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm)
- Delgado, Paulo G. G. (2011a). Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4701-4706. Recuperado em 08 de setembro, 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300019)
- Delgado, Pedro G. G. (1992). *As razões da tutela – psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Delgado, Pedro G. G. (2011b). Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), 114-121. Recuperado em 22 de novembro, 2018, de <http://146.164.3.26/index.php/abp/article/view/713/529>
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Desvio (2018). *Arte e balbúrdia*. Recuperado em 09 de junho, 2019, de <https://revistadesvio.com/2019/05/18/arte-e-balburdia/>
- Diazepam. (1999). Andreia Cavalcante Silva. Anápolis/GO: Teuto Brasileiro S/A. Bula de remédio.
- Dieguez, C. (2008, junho). *Eletrochoque. Na era dos antidepressivos, o mais controverso dos tratamentos psiquiátricos está de volta depois de décadas de ostracismo*. Edição 21. [piaui.folha.uol.com.br](http://piaui.folha.uol.com.br). Recuperado em 16 de abril, 2019, de <https://piaui.folha.uol.com.br/materia/eletrochoque/>
- Diniz, D. (2013). *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília.

- Diniz, M. A., & Soares, C. B. (2016). Os serviços substitutivos em Saúde Mental e as alternativas à lógica manicomial: O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAI-LI) como prática inovadora. In: Venturini, E., De Mattos, V., & Oliveira, R. T. *Louco infrator e o estigma da periculosidade*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p. 288-313.
- Drummond, M., & Hidalgo, L. (orgs). (2006). *A arte da urgência*. 21. ed. Curitiba: Cultural Office.
- Dunker, C. I. L. (2014). A neurose como encruzilhada narrativa: psicopatologia psicanalítica e diagnóstica psiquiátrica. In: Bezerra, B. J., Costa, J. F., & Zorzanelli, R. (Org.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 1. ed., p. 69-103.
- Engels, F. (1884). *A Origem da família, da propriedade Privada e do Estado*. Recuperado em 15 de novembro, 2019, de [http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh\\_engels\\_origem\\_propriedade\\_privada\\_estado.pdf](http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_engels_origem_propriedade_privada_estado.pdf)
- Fausto, B. (1984). *Crime e cotidiano – a criminalidade em São Paulo, 1880-1924*. Editora Brasiliense: São Paulo.
- Fernandes, F. (2008). *Sociedade de classes e subdesenvolvimento*. 5. ed. São Paulo: Zahar.
- Folk Art Museum. (2007). *Martín Ramírez*. Recuperado em 09 de junho, 2019, de <https://folkartmuseum.org/exhibitions/martin-ramirez/>
- Formiga, J. M. M., & Germano, R. M. (2005). Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [online]. vol. 58, n. 2, p. 222-226. Recuperado em 12 de agosto, 2017, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000200019>
- Fortes, P. A. C. (2011). SUS, um sistema fundado na solidariedade e na equidade, e seus desafios. *Vida Pastoral*, jan-fev. Ed. Paulus, São Paulo, ano 52, n. 276, p. 22-27.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2018). *Anuário brasileiro de segurança pública*. Ano 12. São Paulo.
- Foucault, M. (1977). *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: Um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault*. Trad. Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro: Graal. Recuperado em 27 de janeiro, 2019, de [http://oaprendizverde.com.br/downloads/Focault\\_PierreRiviere.pdf](http://oaprendizverde.com.br/downloads/Focault_PierreRiviere.pdf)
- Foucault, M. (2002). *Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2006). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.

- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York, USA: William Morrow Paperbacks.
- Furtado, C. (1983). *Economia*. Organizador [da coletânea] de Oliveira. São Paulo, Ática. Coleção Grandes Cientistas Sociais: 33.
- Furtado, C. (2005). *Formação econômica do Brasil*. São Paulo: Companhia Editora Nacional. Recuperado em 03 de maio, 2017, de [https://cei1011.files.wordpress.com/2010/05/feb\\_celsfurtado.pdf](https://cei1011.files.wordpress.com/2010/05/feb_celsfurtado.pdf)
- Galton, F. (1906). Restriction in marriage. *Sociological Papers*, 2, p. 3-17, 49-51. Recuperado em 02 de agosto, 2017, de [www.galton.org/eugenicist.html](http://www.galton.org/eugenicist.html)
- Gaspari, E. (2002). *A Ditadura Escancarada*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gaspari, E. (2002). *A Ditadura Envergonhada*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gaspari, E. (2003). *A Ditadura Derrotada*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gaspari, E. (2004). *A Ditadura Encurralada*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Gazeta do Povo. (2018). *Complexo Médico Penal de Pinhais, conheça a prisão cotada para receber Lula*. Recuperado em 01 de junho, 2019, de <https://www.tribunapr.com.br/noticias/politica/complexo-medico-penal-de-pinhais-conheca-a-prisao-cotada-para-receber-lula/>
- Gephe. (1998). *Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Higienismo e Eugenia*. Recuperado em 03 de julho, 2017, de <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/8736755319129570>
- Glossary of Common Knowledge. (2015). *La liberta e terapêutica*. Recuperado em 08 de junho, 2019, de <http://glossary.mg-lj.si/related/palimpsest-3/424>
- Goffman, E. (2008). *Manicômios, prisões e conventos*. 8. ed. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, D. A., Mari, J. J., Bower, P., Gask, L., Dowrick, C., Tófoli, L. F., Campos, M., Portugal, F. B., Ballester, D., & Fortes, S. (2014). Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(3), 623-632. Recuperado em 26 de novembro, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00158412>
- Goulart, M. S. B. (2007). *As raízes italianas do movimento antimanicomial*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Grin, E. J. (2013). Regime de Bem-estar Social no Brasil: Três Períodos Históricos, Três Diferenças em Relação ao Modelo Europeu Social-democrata. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 18, n. 63, Jul./Dez., pp.186-204.

- Hay, D. (1964). *The Renaissance 1493-1520. The new Cambridge modern history*, Volume I, Cambridge: Cambridge University Press.
- História e Sociedade. (2011). *Revolução Industrial: uma abordagem cultural*. Recuperado em 04 de outubro, 2018, de <http://oridesmjrblogspot.com/2011/06/o-desenvolvimento-da-industrializacao.html>
- Hobbes, T. (1983). *Leviatã*. São Paulo: Abril Cultural.
- Hobsbawn, E. (1962). *A Era das Revoluções*. Recuperado em 18 de fevereiro, 2017, de <http://www.historiaemperspectiva.com/2013/03/a-era-das-revolucoes-de-eric-j-hobsbawn.html>
- Hobsbawn, E. (2002). *A era do capital – 1848-1875*. Trad. Luciano Costa Neto. São Paulo; Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Hobsbawn, E. (2008). *A era dos impérios – 1875-1914*. Trad. Sieni Maria Campos e Yolanda Steidel de Toledo. São Paulo; Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Ianni, O. (2004). *Capitalismo, violência e terrorismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Instituto Vladimir Herzog. (2015). *Quadro em homenagem a Vladimir Herzog é totalmente restaurado*. Recuperado em 19 de junho, 2019, de <https://vladimirherzog.org/quadro-em-homenagem-a-vladimir-herzog-e-totalmente-restaurado/>
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2015). *Reincidência criminal no Brasil*. Relatório final de atividades da pesquisa sobre reincidência criminal, conforme Acordo de Cooperação Técnica entre o Conselho Nacional de Justiça e o IPEA. Brasília, Ipea.
- Itaú Cultural. (2016). *Nise da Silveira. Algumas Obras*. Recuperado em 26 de maio, 2019, de [https://www.itaucultural.org.br/ocupacao/nise-da-silveira/arte-e-psiquiatria/?content\\_link=7](https://www.itaucultural.org.br/ocupacao/nise-da-silveira/arte-e-psiquiatria/?content_link=7)
- Le Blanc, M. & Fréchette, M. (1987). *Le syndrome de personnalité délinquante*. Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique, 2, 133-146.
- Leenhardt, J. (2013). Jean-Baptiste Debret: um olhar francês sobre os primórdios do império brasileiro. *Sociol. Antropol.* vol.3 no.6 Rio de Janeiro July/Dec. Recuperado em 02 de abril, 2019, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2238-38752013000600509](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-38752013000600509)
- Lei 4.119. (1962). *Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo*. Recuperado em 18 de janeiro, 2019, de [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei\\_1962\\_4119.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/lei_1962_4119.pdf)
- Leontiev, A. N. (1978). *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Liga Brasileira de Hygiene Mental. (1925). Contra o alcoolismo: em favor da higidez mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, n. I, ano I, p. 147-166. Recuperado em 17 de abril, 2017, de [www.ppi.uem.br/gephe](http://www.ppi.uem.br/gephe)
- Liga Brasileira de Hygiene Mental. (1929). Estatuto da Liga Brasileira de Hygiene Mental. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, n.I, ano II, p. 39-47. Recuperado em 08 de abril, 2017, de [www.ppi.uem.br/gephe](http://www.ppi.uem.br/gephe)
- Lima, E. S. (1956). *Carta para Gustavo Corção* (escritor do jornal O Estado de São Paulo). jun 19. 7 folhas. Localizado em: Acervo Biblioteca Nacional, Rio de Janeiro.
- Lopes, C. L. A. S., & Ribeiro, J. P. (2009) *Portador de transtorno mental diante da indeterminação temporal da medida de segurança*. Psicologia.com.pt.
- Lopes, E. (1932). Heredo-alcoolismo. Desvios da emotividade e do caráter. Reações estrasociais. Delírio persecutório interpretativo. Temibilidade decorrente. *Arquivos do Manicomio Judiciario do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 1 e 2, ano III, p.81-85.
- Lorencini, D. (2002). *Grupos terapêuticos no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: unia forma de ressocialização*. Trabalho de conclusão de curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.
- Luz, N. V. (1959). Esforço em prol da Industrialização. *Revista de História*. USP.
- Lyra, R. (1938). A capacidade penal e o futuro Código. *Archivos do Manicomio Judiciario do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 1 e 2, ano IX, p.11-14.
- Macedo, E. (2017). As demandas conservadoras do Movimento Escola sem Partido e a Base Nacional Curricular Comum. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 38, nº. 139, p.507-524, abr.-jun. Recuperado em 04 de dezembro, 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/es/v38n139/1678-4626-es-38-139-00507.pdf>
- Magalhães, J. L. Q., & Magalhães, H. B. (2016). Direito e a Psicologia como mecanismos de manutenção do estado penal moderno. In: Venturini, E., De Mattos, V., & Oliveira, R. T. *Louco infrator e o estigma da periculosidade*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p.75-123.
- Mamede, M. C. (2006). *Manicômio judiciário de Franco da Rocha: clínica e ética*. Veredas do Direito, Belo Horizonte, v. 3, n. 6, p. 95-109, jul-dez.
- Maquiavel, N. (2001). *O príncipe*. Recuperado em 29 de janeiro, 2019, de <https://www.portalabel.org.br/images/pdfs/o-principe.pdf>
- Marchesan, R. (2018, 13 de janeiro). *Eletrobras, Casa da Moeda, aeroportos: 75 privatizações previstas para 2018*. economia.uol.com.br. Recuperado em 15 de março, 2019, de <https://economia.uol.com.br/noticias/redacao/2018/01/13/pacote-privatizacoes-2018.htm>

- Marx, K. (1978). *A Questão Judaica*. São Paulo, Moraes, 1978.
- Marx, K. (1985). Carta de Marx a P. V. Annenkov. In: Marx, K. *A Miséria da Filosofia*. Trad. José Paulo Netto. São Paulo: Global.
- Marx, K. (2008). *Contribuição à crítica da economia política*. Tradução e introdução de Florestam Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular.
- Mascaro, A. L. (2013). *Estado e forma política*. São Paulo, SP: Boitempo.
- Mascaro, A. L. (2017). Direitos humanos: uma crítica marxista. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (101), 109-137. Recuperado em 08 de junho, 2018, de <https://dx.doi.org/10.1590/0102-109137/101>
- Massimo, L. (2013). Como se explica o neoliberalismo no Brasil? Uma análise crítica dos artigos publicados na Revista Dados. *Revista de Sociologia e Política*. v. 21, n. 47: 133-153 set.
- Matta, I. A., & Vianna, M. F. (1966). Homicídio – esquizofrenia paranoide – irresponsabilidade. *Archivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho*, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, n. 1 e 2, ano XXXV, p. 156-165.
- Matteucci, N. (1997). *Lo Stato moderno*. Lessico e percorsi. Bolonha: Il Mulino.
- Mattos, V. (2008). *A visibilidade do Invisível – Entre o “Parado, polícia” e o alvará de soltura*. Belo Horizonte: Fundação MDC.
- Mattos, V. (2016). Por que ainda existem os manicômios? In: Venturini, E., De Mattos, V., & Oliveira, R. T. *Louco infrator e o estigma da periculosidade*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p.62-74.
- Mea Culpa. (2009). *São Paulo na prisão, de Rembrandt (1627)*. Recuperado em 02 de maio, 2019, de <http://www.meaculpa.blogspot.com/2009/01/so-paulo-na-priso-de-rembrandt-1627-leo.html>
- Melo, M. P. (2007). Governo Lula e a nova face do neoliberalismo no Brasil. *Revista Emancipação*. 7(1). UEPG. 177-200. Recuperado em 20 de fevereiro, 2019, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/92>
- Melossi, D. & Pavarini, M. (2006). *Cárcere e fábrica – As origens do sistema penitenciário (séculos XVI-XIX)*. Rio de Janeiro: Revan.
- Mente e Cérebro. (2015). *O pintor da loucura*. Recuperado em 10 de junho, 2019, de [http://www2.uol.com.br/vivermente/noticias/o\\_pintor\\_da\\_loucura.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/noticias/o_pintor_da_loucura.html)
- Ministério Público. (2011). *Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódio tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da lei nº 10.216/2001*. Brasília.

- Ministério Público de Goiás. (2013). *PAILI: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator*. Haroldo Caetano da Silva (Coord.). 3.ed. Goiânia: MP/GO, 60p.
- Ministério da Justiça. (2010). Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução 4. *Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança*. Recuperado em 03 de setembro, 2017, de <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/cnpcp/resolucoes/2010/resolucao4de30dejulhode2010.pdf>
- Ministério da Justiça. (2014). *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN: Junho de 2014*. Departamento Penitenciário Nacional – Ministério da Justiça. Recuperado em 02 de fevereiro, 2019, de <http://www.justica.gov.br/noticias/mjdivulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf>
- Ministério da Justiça. (2015). Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. *Plano Nacional de Política Criminal e Penitenciária*. Recuperado em 25 de outubro, 2017, de <https://www.conjur.com.br/dl/plano-nacional-politica-criminal.pdf>
- Ministério da Saúde. (2001). Lei n. 10.216. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União, seção 1.
- Ministério da Saúde. (2017). Portaria GM 3588. *Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Recuperado em 07 de maio, 2018, de <http://www.brasilus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>
- Ministério da Saúde. (2019). Nota técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. *Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas*. Recuperado em 03 de junho, 2019, de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>
- Ministério da Saúde & Ministério da Justiça. (2002). *Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciários: Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico* [PDF]. Recuperado em 04 de novembro, 2018, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma\\_psiquiatica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_psiquiatica.pdf)
- Ministério da Saúde. (2011). Portaria GM 3088. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 08 de maio, 2019, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

- Missaggia, C. (2012). *A desconstrução do instituto psiquiátrico forense do Rio Grande do Sul: uma experiência*. Responsabilidades, Belo Horizonte, v. 2, n. 1, p. 187-198, mar./ago.
- Molina, A. G. P., & Gomes, L. F. (2006). *Criminologia: introdução a seus fundamentos teóricos; introdução às bases criminológicas da Lei nº 9.099/95, Lei dos juizados especiais criminais*. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais.
- Museu de Imagens. (2014). *A Queda da Bastilha*. Recuperado em 10 de junho, 2019, de <http://www.museudeimagens.com.br/queda-da-bastilha/>
- Nesse, R. M., & Stein, D. J. (2012). Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Medicine*, 10(5). doi 10.1186/1741-7015-10-5.
- Oda, A. M. G. R., & Dalgallarrondo, P. (2000). Juliano Moreira: um psiquiatra negro frente ao racismo científico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(4), 178-179.
- Oliveira, F. (1976). *Crítica à razão dualista*. São Paulo: Cebrap.
- Oliveira, J. A. A., & Teixeira, S. M. F. (1985). *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro.
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10*. Recuperado em 05 de setembro, 2017, de <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>
- Paulani, L. M. (2006). O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: Neves, L., & Lima, J. C. (orgs.) *Fundamentos da Educação escolar do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, pp. 67-105.
- Paseti, E. (2003). *Anarquismos e Sociedade de Controle*. São Paulo: Cortez.
- Passos, I. C. F. (2009). *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Pastoral Carcerária. (2018). *Hospitais-prisão. Notas sobre os manicômios judiciários de São Paulo*. Relatório produzido pelo Grupo de Trabalho Saúde Mental e Liberdade Pastoral Carcerária da Arquidiocese de São Paulo. Recuperado em 19 de junho, 2019, de [https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorio\\_hospitais-priso-gt-sade-mental-e-liberdade-pastoral.pdf](https://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2018/08/relatorio_hospitais-priso-gt-sade-mental-e-liberdade-pastoral.pdf)
- Pedroso, R. C. (2004). *Utopias Penitenciárias – Projetos jurídicos e realidade carcerária no Brasil*. Jus Navigadi, Teresina, ano 8, n. 333.

- Peixoto, A. (1905). A loucura maníaco-depressiva. In: *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, p 33-46.
- Pinatel, J. (1963). *Criminologie – Tome III: Traité de Droit Pénal et de Criminologie*. Paris: Dalloz.
- Prado Jr. C. (1966). *A revolução brasileira*. 2 ed. São Paulo: Brasiliense.
- Psychiatry on line Brasil. (2002). *História da Psiquiatria. Vida e obra de Nise da Silveira*. Recuperado em 09 de junho, 2019, de <http://www.polbr.med.br/ano02/wal0902.php>
- Ramos, A. (1937). *Loucura e crime: questões de psiquiatria, medicina forense e psicologia social*. Porto Alegre: Edição da Livraria Globo; Barcellos, Bertaso e Cia.
- Rauter, C. (2016). Por que o manicômio judiciário ainda existe?. In: Venturini, E., De Mattos, V., & Oliveira, R. T. *Louco infrator e o estigma da periculosidade*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p. 44-61.
- Revista Planeta (2011). *O evangelho do bispo*. Recuperado em 23 de maio, 2019, de <https://www.revistaplaneta.com.br/o-evangelho-do-bispo/>
- Ribeiro, M. C., Souza, M. C. S., Silva, E. V., Magalhães, M. N., Vieira, N. M. R. (2018). *O perfil dos internos de um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico: perspectivas da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rev. Saúde.Com; 14(3): 1270-1279. Recuperado em 01 de fevereiro, 2019, de <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/4290>
- Rigonatti, S. P. (2003). *Temas em psiquiatria forense e psicologia jurídica*. São Paulo: Vetor.
- Rodrigues, R. N. (1939). A loucura das multidões - nova contribuição ao estudo das loucuras epidêmicas no Brasil. In: *As coletividades anormais*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p. 78-152.
- Rodrigues, R. N. (2011). *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisa Social, 95p. Recuperado em 02 de dezembro, 2018, de <http://books.scielo.org/id/h53wj/pdf/rodrigues-9788579820755.pdf>
- Saber Cultural. (2012). *O grito – Edvard Munch*. Recuperado de <http://www.sabercultural.com/template/obrasCelebres/O-Grito-Edvard-Munch.html>
- Santiago, E. & Yasui, S. (2015). Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. *Psicologia & Sociedade*, 27(3), 700-711. Recuperado em 03 de março, 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n3/1807-0310-psoc-27-03-00700.pdf>
- Santos, J. C. (2008). *Direito penal: parte geral*. 3. ed. Curitiba: ICPC; Lumen Juris.
- Santos, M. S. (2009). *Os Porões da República – A barbárie nas Prisões da Ilha Grande: 1894-1945*. Rio de Janeiro: Garamond.

- Silva, M. B. B. (2010). O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 653-682. Recuperado em 04 de maio, 2019, de [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/physis/v20n2/a17v20n2.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/physis/v20n2/a17v20n2.pdf)
- Silva, R. (2007, 1 de fevereiro). *Lavrador mata mulher com facada*. Odiario.com. Recuperado em 19 de agosto, 2017, de <http://maringa.odiario.com/maringa/2007/02/lavrador-mata-mulher-com-facada/173819/>
- Silveira Filho, D. X. (1995). *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, J. (2017). *A Elite do atraso: da escravidão à Lava Jato*. Rio de Janeiro: Leya.
- Stone, L. (2000). *As causas da Revolução Inglesa*. São Paulo: Edusc.
- Superior Tribunal Militar. (2015). *Extrato da ata da 77ª sessão de julgamento, em 13 de outubro de 2015*. Secretaria Judiciária. Coordenadoria de Acórdãos e Jurisprudência.
- Suzigan, W. (2000). *Indústria brasileira. Origem e Desenvolvimento*. Ed. Hucitec-funcamp. São Paulo. Nova edição.
- Szasz, T. (1978). *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Szasz, T. (1986). *A escravidão psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Teixeira, F. J. (1998). O neoliberalismo em debate. In: Teixeira, F. J. (Org.). *Neoliberalismo e reestruturação produtiva: as novas determinações do mundo do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, p. 195-252.
- Tendências do Imaginário. (2014). *Michel Foucault e a Nave dos Loucos*. Recuperado em 28 de abril, 2019, de <https://tendimag.com/2014/07/29/michel-foucault-e-a-nave-dos-loucos/>
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, 9(1), 25-59. Recuperado em 03 de julho, 2018, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003)
- The Guardian. (2003, 4 de outubro). *The unflinching eye*. Recuperado em 16 de maio, 2019, de <https://www.theguardian.com/artanddesign/2003/oct/04/art.biography>
- Tocqueville, A. (1979). *O Antigo Regime e a revolução*. Brasília: UnB.
- Universia Brasil. (2017). *Arte do dia: o palestrante depois do jantar de Louis Wain*. Recuperado em 26 de maio, 2019, de

<https://noticias.universia.com.br/cultura/noticia/2017/02/06/1148986/arte-dia-palestrante-jantar-louis-wain.html>

- Venturini, E. (2016). Manicômios Judiciários: uma saída. In: Venturini, E., De Mattos, V., & Oliveira, R. T. (Org.). *Louco infrator e o estigma da periculosidade*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, p. 13-43.
- Versiani, F. R., & Versiani, M. T. (1978). *A industrialização brasileira antes de 1930: uma contribuição*. In: Versiani, F. R., & Barros, J. R. M. *Formação econômica do Brasil: a experiência da industrialização*. São Paulo, Saraiva.
- Vygotsky, L. (2003). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martin Fontes.
- Vírus da Arte. (2018). *Van Gogh – Banco de Pedra*. Recuperado em 02 de junho, 2019, de <https://virusdaarte.net/van-gogh-banco-de-pedra/>
- Viz. (2012). *Representando uma Revolução no Governo e na Medicina – Unchaining the Insane*. Recuperado em 14 de junho, 2019, de <https://viz.dwrl.utexas.edu/old/comment/reply/891.html>
- Waiselfisz, J. J. (2016). *Mapa da Violência 2016: Homicídios por armas de fogo no Brasil*. Rio de Janeiro: FLACSO. Recuperado em 20 de outubro, 2017, de [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016\\_armas\\_web.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf)
- Wang, Y., & Andrade, L. H. S. G. (2012). Diagnóstico em Psiquiatria. In Forlenza, O. V., & Miguel, E. C. (Eds.). *Compêndio de Clínica Psiquiátrica* (p. 3-14). São Paulo, SP: Manole.
- Wanderbroock J. D., & Boarini, M. L. (2008). A seleção dos imigrantes e a liga brasileira de higiene mental (1914-1945). *Interam. j. psychol*, vol. 42, n. 3, p. 520-527. Recuperado em 17 de maio, 2017, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-96902008000300012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902008000300012)
- Wykes, T., & Callard, F. (2010). Diagnosis, diagnosis, diagnosis: towards DSM-5. *Journal of Mental Health*, 19(4), 301-304. doi 10.3109/09638237.2010.494189.
- Yasui S. (1989). CAPS: aprendendo a perguntar. In: Lancetti A. (org). *Saúde Loucura*. São Paulo: Hucitec.
- Zorzanelli, R. (2014). Sobre os DSM's como objetos culturais. In: Bezerra, B. J., Costa, J. F., & Zorzanelli, R. (orgs). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 1. ed., p. 55-68.

## GLOSSÁRIO

- Abolicionismo penal** O abolicionismo penal é uma teoria criminológica relacionada à descriminalização, ou seja, a retirada de determinadas condutas de leis penais; e a despenalização, é a extinção da pena quando da prática de determinadas condutas.
- Antimanicomial** Processo organizado de transformação dos serviços psiquiátricos com foco no fim dos manicômios.
- Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro** Publicação que vigorou de 1930, semestralmente, até a década de 1960, sendo a primeira revista brasileira especializada em psiquiatria, cujo material de pesquisa era privilegiado. Os exploradores tinham ao seu dispor sujeitos acusados de crimes, protagonistas de casos emblemáticos da relação entre crime e loucura. Contavam ainda com autonomia científica e uma estrutura que garantia a realização de testes e verificações. A partir de 1954, quando faleceu Heitor Carrilho, o periódico passou a se chamar “Arquivos do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho”.
- Biologicismo** Abordagens que priorizam o aspecto orgânico, hereditário e natural do ser humano.
- Complexo Médico Penal do Paraná** Complexo penitenciário situado no bairro de Parque das Nascentes, no município de Pinhais, considerado o mais heterogêneo do Paraná. Dividem o mesmo espaço, de cerca de 8 mil metros quadrados: presos da *Operação Lava Jato*, da *Operação Quadro-Negro*, dos *Diários Secretos*, mulheres grávidas, pessoas com deficiências e presos que precisam de cuidados de saúde. Há também uma ala destinada a policiais militares e civis condenados e uma ala psiquiátrica – que caracteriza a instituição enquanto um manicômio judiciário. No complexo há também um Hospital Penitenciário (HP) – o único do Paraná, que atende às pessoas privadas de liberdade

de todo o Estado. A estrutura física, vista de cima, apresenta o formato de uma metralhadora.

**Comunidade terapêutica**

As Comunidades Terapêuticas (CTs) começaram a ser instituídas no Hospital Belmont, em meados dos anos 1940, Inglaterra, por inspiração de Maxwell Jones (Inglaterra). Inicialmente elas tinham um caráter antimanicomial, mas aos poucos seus princípios foram sendo distorcidos e, no Brasil, elas assumiram um viés majoritariamente religioso, priorizando a abstinência total e o confinamento como prática recorrente.

**Criminalizante**

Ênfase no ato de tornar alguém culpado por um crime.

**Degenerado**

Pessoa que perdeu ou teve alteradas as qualidades próprias de sua espécie. Na psiquiatria, o termo degenerado foi cunhado inicialmente por Morel, em 1857. Para ele, a degenerescência era hereditária e seria a causa mais importante das doenças mentais. O conceito de degenerescência enquanto predisposição de traços físicos foi fundamental para a compreensão da relação entre loucura e criminalidade no século XIX, percorrendo os séculos subsequentes até os dias de hoje.

**Desinstitucionalização**

Recorrentemente é confundida com desospitalização, porém a desinstitucionalização é mais do que isso, ela consiste no processo de desconstrução de práticas manicomiais e construção de novos saberes. Representa a desmontagem dos aparatos científicos, tecnológicos, jurídicos e culturais criados para solucionar a questão de doença mental pela vida de exclusão.

**Diagnóstico nosológico**

No âmbito da saúde mental, é o diagnóstico com objetivo de classificar um conjunto de comportamentos ou sintomas em categorias ou doenças psicológicas, normalmente dispostas no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) ou na CID (Classificação Internacional de

Doenças).

<b>Eletroconvulsoterapia</b>	Técnica que consiste na passagem de uma corrente elétrica de alta voltagem sobre a região temporal, a fim de provocar dessincronização traumática da atividade cerebral do paciente com contrações clônicas e perda da consciência. Popularmente conhecida como eletrochoque.
<b>Esquizofrenia</b>	Termo geral que designa um conjunto de psicoses endógenas cujos sintomas fundamentais apontam a existência de uma dissociação da ação e do pensamento. Podem apresentar também delírios persecutórios, alucinações visuais ou auditivas e labilidade afetiva.
<b>Eugenia</b>	Teoria criada por Francis Galton, que busca produzir uma seleção artificial nas coletividades humanas, baseada em leis genéticas. A ideia era, basicamente, identificar os melhores tipos de pessoas (da mesma forma que se fazia com cavalos, porcos, vacas ou qualquer outro animal), portadoras de características desejáveis, e estimular a sua reprodução. Ao mesmo tempo, encontrar as que representassem elementos degenerados, repudiados pela sociedade, e evitar que se reproduzissem
<b>Exame de cessação de periculosidade</b>	Exame realizado normalmente por psiquiatras e, eventualmente, com a participação de outros profissionais da saúde, com a finalidade de aferir a periculosidade, risco de violência que o indivíduo oferece à sociedade, fornecendo elementos para decisões judiciais do sistema penal. Esse exame é realizado periodicamente para determinar se um interno de manicômio judiciário pode ou não ser liberto da instituição.
<b>Exame de sanidade mental</b>	Exame para determinar se o sujeito está em sofrimento psíquico ou se estava com suas faculdades mentais prejudicadas (pelo uso de drogas, por exemplo) no momento do crime. Esse exame determina se o sujeito será colocado num manicômio judiciário ou numa penitenciária convencional.
<b>Fordismo</b>	Modo de produção capitalista, que recebeu esse nome em homenagem ao seu criador Henry Ford (1863-1947), que

aperfeiçoou a administração proposta por Taylor. As principais características dessa forma gerencial é a dinamização do tempo de produção, equilíbrio dos estoques, maximização da extração de mais-valia e produção em massa. O modelo se espalhou rapidamente entre os países capitalistas e foi essencial para a consolidação da hegemonia estadunidense entre os países mais desenvolvidos. Vigorou como principal modo de produção entre o final da II GM e as crises dos anos 1970.

**Higienismo mental**

Movimento do início do século XX, composto basicamente por psiquiatras, que buscavam prevenir doenças mentais, divulgando formas de comportamentos idealizados que, em tese, evitariam a propagação e o surgimento de novas doenças psicológicas. O higienismo mental tem sua origem associada ao sanitarismo. Enquanto a primeira refere-se a questões de ordem comportamentais que evitariam a manifestação de “doenças mentais”, a segunda visa um conjunto de condições e hábitos de limpeza, evitando a propagação de micro-organismos (bactérias, fungos, protozoários e vírus), prevenindo, assim, o surgimento de doenças.

**Hospitalocêntrico**

Modelo de saúde que preconiza a centralidade do hospital como *locus* de atuação, nas ações exclusivas do médico, no corpo dividido em partes, nas especialidades médicas, na doença e na cura desta.

**Inimputabilidade**

Ausência de características pessoais necessárias para que possa ser atribuída a alguém a responsabilidade por um ilícito penal.

**Insulinoterapia**

Trata-se de uma técnica utilizada desde a década de 1920, que consiste em injetar nas veias do paciente uma dose elevada de insulina. A descoberta da técnica ocorreu por acaso em 1927 pelo neurologista e neuropsiquiatra Manfred J. Sakel, quando ele levou à coma uma paciente diabética. Ela também tinha transtorno bipolar e quando acordou do coma, Sakel concluiu que havia sinais de melhoras nas faculdades mentais. Apesar de muito utilizada, a insulinoterapia é extremamente perigosa, pois causa convulsões e em algumas leva o paciente ao coma.

<b>Lobotomia</b>	Intervenção cirúrgica no cérebro em que são seccionadas as vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas. Cerca de 6% dos pacientes não sobreviverem à operação e muitos outros ficam com alterações severas na personalidade. A técnica foi muito utilizada na primeira metade do século XX. A partir dos anos 50 ela foi banida da maior parte dos países e hoje é associada a um dos episódios mais bárbaros da história da psiquiatria
<b>Louco-criminoso</b>	O termo foi muito utilizado no início do século XIX para designar a pessoa com diagnóstico de transtorno mental e que comete algum crime. Ele chegou a fazer parte do Código Criminal de 1830 e passou por várias mutações ao longo da história da psiquiatria (degenerado, monomaníaco, criminoso nato etc.). Cada termo tem um significado específico, mas no geral eles buscam associar o cometimento de um crime a pessoas com diagnósticos psiquiátricos.
<b>Marxiano</b>	Exegese dos textos do próprio Marx sem se prender às interpretações de outros filósofos. Remete ao pensamento original do filósofo.
<b>Medida de segurança</b>	Forma de sanção penal aplicada ao inimputável, ou seja, àquele acometido de doença mental ou que não estava com as suas faculdades mentais preservadas no momento do crime (por uso de drogas, por exemplo).
<b>Neoliberalismo</b>	Doutrina desenvolvida a partir da década de 1970, que defende a absoluta liberdade de mercado e uma restrição à intervenção estatal sobre a economia, só devendo esta ocorrer em setores imprescindíveis e ainda assim num grau mínimo.
<b>Periculosidade</b>	Qualidade daquilo que é perigoso ou arriscado para a vida. No âmbito da saúde mental é definida a partir de um conjunto de características psicológicas que tornam a pessoa perigosa para o convívio social. Normalmente está associada ao diagnóstico nosológico e ao enquadramento do sujeito na classificação de doenças mentais. A periculosidade é atribuída ao sujeito portador do transtorno e não às condições que o levam a manejar seu próprio comportamento.

<b>Punitivismo</b>	Crença de que os problemas sociais se resolvem a partir da punição individual. Normalmente o punitivismo está associado ao encarceramento em massa.
<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>	Conjunto de ações, programas, equipamentos e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde mental. Também conhecida como rede substitutiva.
<b>Reforma Psiquiátrica</b>	Proposta de alteração da lógica asilar e suas formas de exclusão, com novos modos de atenção às pessoas em sofrimento psíquico e, sobretudo, novas sociabilidades que possibilitem a interlocução entre os diferentes tipos de pessoas. No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica recebeu influência nos anos 1970 do movimento italiano e teve seu ápice na aprovação da Lei 10.216 em 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica.
<b>Reforma sanitária</b>	Conjunto de ideias em relação às mudanças e transformações na área da saúde. Essas mudanças não abarcam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura militar, no início da década de 1970, foi formado principalmente por profissionais da saúde e teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)
<b>Ressocialização</b>	Reintegrar um sujeito, normalmente oriundo de instituições totais (prisões, manicômios etc.), ao convívio social por meio de políticas públicas. O termo é controverso, pois pressupõe que sujeito um dia foi integrado à sociedade, quando em muitos casos são pessoas que sempre viveram à margem dos direitos econômicos, sociais e culturais.
<b>Segregacionismo</b>	Prática política que consiste em dar tratamentos diferentes a indivíduos pertencentes a outras origens, porém, que vivem em um mesmo país. Termo associado à exclusão e ao preconceito.

**Sofrimento psíquico**

Termo geral usado para descrever sentimentos desagradáveis ou emoções que afetam o seu nível de funcionamento. Podem ser causados tanto por fatores individuais quanto sociais.

**Transtorno mental**

Os termos transtorno, distúrbio e doença combinam-se aos termos mental, psíquico e psiquiátrico para descrever qualquer enfermidade ou comprometimento de ordem psicológica e/ou mental. Normalmente é um termo usado pela psiquiatria tradicional e pelos sistemas de classificação de doenças mentais.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos a participar da pesquisa intitulada “Manicômio Judiciário: na contramão da Reforma Psiquiátrica”, que faz parte do curso de doutorado em Psicologia, orientada pela professora doutora Maria Lúcia Boarini da Universidade Estadual de Maringá (UEM). O objetivo da pesquisa é identificar as funções sociais atribuídas aos manicômios judiciários e os instrumentos e técnicas que dão sustentação a essas instituições ao longo da história e na atualidade. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria por meio da concessão de uma entrevista que será gravada com a utilização de um gravador de áudio digital e transcrita posteriormente. Ressaltamos que você não será identificado(a).

Sua participação é totalmente voluntária, podendo você se recusar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo. As informações coletadas serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

É necessário esclarecer sobre possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo, levando-se em conta que é uma pesquisa, e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Assim, podemos dizer que a pesquisa se enquadra naquelas classificadas como tendo “risco mínimo”, pois não haverá nenhuma intervenção ou modificação intencional nos elementos fisiológicos, psicológicos ou sociais. Não é possível esperar benefícios diretos, mas sim benefícios indiretos, tais como: a explicitação de contradições presentes no interior dos manicômios judiciários e o apontamento para a consolidação de tratamentos mais humanizados por meio da RAPS.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo que uma delas ficará sob sua guarda.

Eu, ..... declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Professora Doutora Maria Lúcia Boarini, intitulada “Manicômio Judiciário: a contramão da Reforma Psiquiátrica”.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu,....., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa.

\_\_\_\_\_ Data:.....

Assinatura do pesquisador

Dúvidas em relação à pesquisa poderão ser sanadas pelo seguinte endereço:

Nome: Thiago de Sousa Bagatin  
Endereço: Rua São Bento, 2023 – ap. 101 – bloco 05 - Curitiba  
E-mail: thiagobagatin@gmail.com

Dúvidas com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderão ser sanadas com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP), no seguinte endereço:

COPEP/UEM  
Universidade Estadual de Maringá.  
Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.  
Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.  
CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444  
E-mail: [copep@uem.br](mailto:copep@uem.br)

## **APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS E FAMILIARES**

- 1.** Quando (nome do sujeito da pesquisa) recebeu o diagnóstico?
- 2.** Acredita que haveria forma de prevenir o incidente (citar evento relacionado ao crime)? De que forma?
- 3.** Quais são os serviços da RAPS frequentados por (nome do sujeito da pesquisa)?
- 4.** Há quanto tempo o (nome do sujeito da pesquisa) frequenta os serviços oferecidos pela RAPS?
- 5.** Como era (nome do sujeito da pesquisa) antes e depois de frequentar a RAPS?
- 6.** Na sua opinião, se (nome do sujeito da pesquisa) estivesse sendo acompanhado pela RAPS antes do incidente (citar evento relacionado ao crime), você acha que o evento teria ocorrido?
- 7.** (nome do sujeito da pesquisa) já teve contato com manicômio judiciário? Se sim, como foi a experiência?
- 8.** Você acredita que (nome do sujeito da pesquisa) deveria ser internado num manicômio judiciário em vez de ser acompanhado pela RAPS?

### **APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O PACIENTE**

- 1.** Como você se sentia quando ocorreu o fato (acusação de crime)?
  
- 2.** Acredita que haveria forma de prevenir o incidente (citar evento relacionado ao crime)? De que forma?
  
- 3.** Quais são os serviços da RAPS frequentados por você?
  
- 4.** Há quanto tempo você frequenta os serviços oferecidos pela RAPS?
  
- 5.** Como você se sentia antes e depois de frequentar a RAPS?
  
- 6.** Na sua opinião, se você estivesse sendo acompanhado pela RAPS antes do incidente (citar evento relacionado ao crime), você acha que o evento teria ocorrido?
  
- 7.** Você já teve contato com manicômio judiciário? Se sim, como foi a experiência?
  
- 8.** Você acredita que deveria ser internado num manicômio judiciário em vez de ser acompanhado pela RAPS?

## **ANEXOS**

## ANEXO I



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Manicômio Judiciário: a contramão da reforma psiquiátrica

**Pesquisador:** Maria Lucia Boarini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66962517.6.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.177.030

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar as funções sociais atribuídas aos manicômios judiciários e os instrumentos e técnicas que dão sustentação a essas instituições ao longo da história e na atualidade. Para tanto, pretende resgatar a história e a atualidade dos manicômios judiciários – como surgiram e quais interesses atendiam/atendem. Analisar o caso de uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico, que tenha sido responsabilizado por crime e seja acompanhado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consiste em analisar os Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro de 1930 a 1939, primeiro manicômio judiciário do país. As publicações selecionadas levaram em conta a importância do período para afirmação dos manicômios judiciários socialmente. Trata-se de um estudo documental, cuja finalidade é compreender, desde a origem, os motivos para internação,

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4

**Bairro:** Jardim Universitário

**CEP:** 87.020-900

**UF:** PR

**Município:** MARINGÁ

**Telefone:** (44)3011-4597

**Fax:** (44)3011-4444

**E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 2.177.030

os instrumentos e técnicas adotadas no interior da instituição, as perspectivas científicas que sustentavam o internamento e a relação entre atenção à saúde mental e apelo punitivista. A segunda etapa da pesquisa consiste em estudo de caso de uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico, que tenha sido responsabilizado por crime e seja acompanhada pela RAPS. A busca pela pessoa que se enquadra nesse perfil ocorrerá por meio de indicação de profissionais que atuam nos serviços municipais da saúde mental. O território de abrangência será o município de Itambé, no estado do Paraná, e o critério de seleção levará em conta os seguintes aspectos: acesso aos responsáveis, tipos de crime (priorizando os que seriam enquadrados como hediondos e dolosos), tempo de acompanhamento pela RAPS e envolvimento com os serviços. Depois de selecionado o participante, realizaremos análise de prontuário, entrevista com o paciente e entrevistas semiestruturadas com pelo menos quatro profissionais dos serviços municipais e com dois familiares ou responsáveis. Preservaremos os nomes e demais dados pessoais tanto do participante quanto dos profissionais e familiares envolvidos. As informações obtidas poderão ser utilizadas em pesquisas futuras.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. É preciso readequar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apresenta as autorizações necessárias. Os dados somente poderão ser utilizados em pesquisas futuras mediante obtenção de novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme preceitua a Res. 466/2012-CNS. Recomenda-se que se tenha um TCLE separados para o paciente, outro para profissionais de saúde e um terceiro para familiares.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 2.177.030

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_852617.pdf	01/06/2017 11:06:07		Aceito
Outros	CartaCorrecaoPendencias.docx	01/06/2017 11:05:10	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	AutorizacaoProntuarioFamilia.pdf	01/06/2017 11:03:05	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/06/2017 11:00:58	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil.doc	01/06/2017 11:00:14	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	01/06/2017 10:59:33	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	Roteiro.docx	11/04/2017 09:14:21	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	AutorizacaoSecretariaSaudeltambe.jpg	11/04/2017 09:13:03	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGÁ, 18 de Julho de 2017

Assinado por:  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br

## ANEXO II

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Manicômio Judiciário: a contramão da reforma psiquiátrica

**Pesquisador:** Maria Lucia Boarini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 66962517.6.3001.0101

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.330.218

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de solicitação de emenda do Centro Proponente ao protocolo CAAE 6962517.6.0000.0104, intitulado "Manicômio Judiciário: a contramão da reforma psiquiátrica", já aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme parecer número 2.177.030 -COPEP, projeto de doutorado em Psicologia vinculado à Universidade Estadual de Maringá, para inclusão de Centro Coparticipante. A presente solicitação se justifica em função da necessidade de ampliação do território da pesquisa. Argumenta-se que a banca de qualificação de doutorado, indicou a necessidade de buscar mais casos semelhantes para pesquisa. Para tanto, pretende-se entrevistar pessoas também no território de Curitiba e não somente de Itambé. O estudo compreende 2 etapas: A primeira etapa contempla um estudo documental, cuja finalidade é compreender, desde a origem, os motivos para internação, os instrumentos e técnicas adotadas no interior da instituição, as perspectivas científicas que sustentavam o internamento e a relação entre atenção à saúde mental e apelo punitivista. Para tal, será realizada análise dos Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, da década de 1930, com a finalidade de resgatar a origem e a atualidade dessas instituições. A segunda etapa da pesquisa consiste em realizar estudo de caso de uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico, que tenha sido responsabilizado por crime e seja acompanhada pela RAPS. A busca pela pessoa que se enquadra nesse perfil ocorrerá por meio de indicação de profissionais que atuam nos serviços municipais da saúde mental. Além de Itambé, pretende-se que o território de abrangência contemple também o município de Curitiba, no estado

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

Continuação do Parecer: 3.330.218

do Paraná, e o critério de seleção levará em conta os seguintes aspectos: acesso aos responsáveis, tipos de crime (priorizando os que seriam enquadrados como hediondos e dolosos), tempo de acompanhamento pela RAPS e envolvimento com os serviços. Depois de selecionado o participante, pretende-se realizar a análise de prontuário, entrevista com o paciente e entrevistas semiestruturadas com pelo menos quatro profissionais dos serviços municipais e com dois familiares ou responsáveis. Apresenta-se que haverá a preservação dos nomes e demais dados pessoais tanto do participante quanto dos profissionais e familiares envolvidos. As informações obtidas poderão ser utilizadas em pesquisas futuras. Os profissionais serão selecionados a partir de dois critérios: aqueles que acompanhavam o paciente no momento em que a acusação de crime ocorreu e profissionais que acompanham o paciente atualmente. A pesquisa se configura como qualitativa, pois tanto os Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro quanto as entrevistas e prontuário de paciente da RAPS serão analisados sob a luz da Política Nacional de Saúde Mental, com vistas a compreender os discursos enquanto uma construção social, considerando seus contextos histórico-sociais e suas condições de produção.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo; identificar as funções sociais atribuídas aos manicômios judiciários e os instrumentos e técnicas que dão sustentação científica a essas instituições ao longo da história e na atualidade.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: não estão descritos no projeto, somente nas informações básicas do projeto. Podemos dizer que nossa pesquisa se enquadra naquelas classificadas como tendo "risco mínimo", pois realizaremos técnicas e métodos retrospectivos, sem nenhuma intervenção ou modificação intencional nos elementos fisiológicos ou psicológicos e sociais dos participantes. Faremos entrevistas e análises de prontuários, com vistas a obter dados retrospectivos, sem intervir nas condições fisiológicas, psicológicas ou sociais dos sujeitos. Ainda assim, existem riscos, muitas vezes relacionados às questões éticas das entrevistas e dados coletados. Para prevenção de tais riscos, tomaremos as seguintes providências: • Garantia de sigilo e confidencialidade dos dados pessoais, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); • As perguntas serão abertas e respeitarão a liberdade de opinião; • Levaremos em conta o cuidado para não despertar emoções e sentimentos que causem aflição, constrangimento ou emoções que interfiram na vida dos sujeitos. Benefícios indiretos, tais como: a explicitação de contradições presentes no interior dos manicômios judiciários e o apontamento para a consolidação de tratamentos mais humanizados por meio da RAPS.

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

Continuação do Parecer: 3.330.218

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo relevante ao promover uma reflexão acerca da instituição manicômio judiciário, trazendo a tona a contradição entre a atenção à saúde mental e a lógica punitivista do sistema prisional, ou seja, entre o discurso de imputabilidade e a prática criminalizante a que os internos são submetidos nos manicômios judiciários.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos apresentados estando em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

**Recomendações:**

Esclarecimentos fornecidos pelo pesquisador diante das pendências geradas no parecer anterior :a) Quais serviços da RAPS serão envolvidos? Como se pretende acessá-los? Pretende-se acessar prioritariamente os CAPS-TM Portão, visto que já houve contato direto com a coordenadora do equipamento, sendo que a mesma informou que há casos dentro dos critérios estabelecidos no projeto de pesquisa. b) Refere-se que a busca pela pessoa que se enquadra no perfil do estudo ocorrerá por meio de indicação de profissionais que atuam nos serviços municipais da saúde mental: Qual o tamanho da amostra pretendida? Apresenta-se que o critério de seleção levará em conta os aspectos: acesso aos responsáveis, tipos de crime (priorizando os que seriam enquadrados como hediondos e dolosos), tempo de acompanhamento pela RAPS e envolvimento com os serviços. É necessário detalhamento destes critérios (quanto tempo de acompanhamento pela RAPS; especificar o envolvimento com os serviços...); Qual será a forma de recrutamento e abordagem aos possíveis participantes? Em relação aos instrumentos de pesquisa: quais informações pretende-se coletar de prontuário ?;Devido ao curto espaço de tempo que temos para realização da pesquisa, nossa amostra se limitará a 2 usuários, sendo que a prioridade é para aqueles que sejam acompanhados pela RAPS a pelo menos um ano e participem semanalmente de atividades desenvolvidas nos CAPS. O recrutamento e abordagem dos participantes ocorrerá de forma a não interferir na autonomia da decisão dos indivíduos ou responsáveis (quando houver interdição) em participar ou não da pesquisa, se possível a abordagem será mediada pelos profissionais que já acompanham os usuários. As informações que pretendemos coletar nos prontuários referem-se ao tempo de acompanhamento pela RAPS, diagnóstico, histórico e evolução; c) Apresenta-se que serão contemplados 2 familiares: Quais os critérios de inclusão dos familiares? Qual a forma de recrutamento dos familiares? Em que momento serão abordados? Qual o local previsto para a realização das entrevistas?;e)TCLE adequar- apresentar TCLE por categoria: profissionais, familiares e usuário - Descrever risco - risco mínimo - forma de minimização e medidas .Os familiares a serem inclusos na pesquisa são aqueles que tiverem mais proximidade

**Endereço:** Rua Atilio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

Continuação do Parecer: 3.330.218

com o usuário, verificados a partir dos seguintes critérios: 1) curador; 2) mora na mesma residência; 3) tempo de convivência diária; 4) possa fornecer informações relevantes de acordo com os objetivos do projeto. O recrutamento dos familiares ocorrerá de forma a não interferir na autonomia da decisão dos mesmos em participar ou não da pesquisa, se possível a abordagem será mediada pelos profissionais que já acompanham os usuários. Os familiares serão abordados presencialmente, quando possível, ou por telefone, após as entrevistas com os profissionais. O local previsto para realização das entrevistas é o próprio CAPS, em sala que garanta o sigilo; d) Em relação aos profissionais :Apresenta-se que serão realizadas entrevistas semiestruturadas com pelo menos quatro profissionais dos serviços municipais: quais critérios de inclusão/exclusão para esta amostra? Qual forma de recrutamento? Onde serão realizadas as entrevistas? A inclusão dos profissionais na amostra ocorrerá mediante os seguintes critérios: 1) tempo de atendimento ao usuário selecionado; 2) possa fornecer informações relevantes de acordo com os objetivos do projeto. O recrutamento dos profissionais ocorrerá de forma a não interferir na autonomia da decisão dos mesmos em participar ou não da pesquisa, presencialmente e em horário alternativo ao de trabalho. O local previsto para realização das entrevistas é o próprio CAPS, em sala que garanta o sigilo das informações. Diante dos esclarecimentos efetuados pelo pesquisador segue análise de viabilidade: A forma de recrutamento dos participantes (usuários do serviço e familiares), visto a especificidade do perfil requerido para a pesquisa, pode ferir a questão ética do sigilo inerente o processo de tratamento, ocasionando prejuízos na vinculação do possível participante com equipe assistente.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Por tratar-se de usuários que apresentam acentuada fragilidade e vulnerabilidade e estão sob os cuidados continuados da equipe do CAPS, evita-se a qualquer momento exposição que possa prejudicar o processo terapêutico instituído, portanto o parecer de viabilidade é de não aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do(s) relator(es).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1323822.pdf	25/04/2019 00:37:24		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEusuário.docx	25/04/2019 00:36:03	Maria Lucia Boarini	Aceito

**Endereço:** Rua Atilio Bório, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR**Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**Fax:** (41)3360-4965**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 3.330.218

Justificativa de Ausência	TCLUsuario.docx	25/04/2019 00:36:03	Maria Lucia Boarini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLProfissional.docx	25/04/2019 00:35:29	Maria Lucia Boarini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLFamiliar.docx	25/04/2019 00:35:15	Maria Lucia Boarini	Aceito
Outros	ProjetoAtualizado.pdf	25/04/2019 00:34:22	Maria Lucia Boarini	Aceito
Outros	CartaRespostaPendencias.pdf	25/04/2019 00:33:33	Maria Lucia Boarini	Aceito
Outros	DeclaracaodeCienciaeCampodePesquisa.pdf	02/04/2019 10:49:52	antonio dercy silveira filho	Aceito
Outros	Requerimento.pdf	01/04/2019 10:18:47	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	DeclaracaodeAusenciaeCustosSMS.jpg	01/04/2019 10:18:35	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	DeclaracaoAusenciaConflitodeInteresse.jpg	01/04/2019 10:18:24	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	CurriculoLattesThiagodeSousaBagatin.pdf	01/04/2019 10:18:14	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	CurriculoLattesMariaLuciaBoarini.pdf	01/04/2019 10:18:04	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	01/04/2019 10:17:39	VIVIANE MARIA SUTILE	Aceito
Outros	Emenda.pdf	11/03/2019 12:45:40	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	CartaAceiteSMSC.pdf	11/03/2019 12:45:26	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	CartaCorrecaoPendencias.docx	01/06/2017 11:05:10	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	AutorizacaoProntuarioFamilia.pdf	01/06/2017 11:03:05	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/06/2017 11:00:58	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil.doc	01/06/2017 11:00:14	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	Roteiro.docx	11/04/2017 09:14:21	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	AutorizacaoSecretariaSaudeIambe.jpg	11/04/2017 09:13:03	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito

**Endereço:** Rua Atílio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA  
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 3.330.218

**Situação do Parecer:**

Não Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 16 de Maio de 2019

---

**Assinado por:**  
**antonio dercy silveira filho**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Atilio Bório, 680

**Bairro:** Cristo Rei

**CEP:** 80.050-250

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-4961

**Fax:** (41)3360-4965

**E-mail:** [etica@sms.curitiba.pr.gov.br](mailto:etica@sms.curitiba.pr.gov.br)

## ANEXO III



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Manicômio Judiciário: a contramão da reforma psiquiátrica

**Pesquisador:** Maria Lucia Boarini

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 66962517.6.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.229.411

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Identificar as funções sociais atribuídas aos manicômios judiciais e os instrumentos e técnicas que dão sustentação a essas instituições ao longo da história e na atualidade. **Objetivos Secundários:** 1. Resgatar a história e a atualidade dos manicômios judiciais – como surgiram e quais interesses atendiam/atendem. 2. Analisar o caso de uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico, que tenha sido responsabilizado por crime e seja acompanhado pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consiste em analisar os Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro de 1930 a 1939, primeiro manicômio judiciário do país. As publicações selecionadas levaram em conta a importância do período para afirmação dos manicômios judiciais socialmente. Trata-se de um estudo documental, cuja finalidade é compreender, desde a origem, os motivos para internação,

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



os instrumentos e técnicas adotadas no interior da instituição, as perspectivas científicas que sustentavam o internamento e a relação entre atenção à saúde mental e apelo punitivista. Segunda etapa: A segunda etapa da pesquisa consiste em estudo de caso de uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico, que tenha sido responsabilizado por crime e seja acompanhada pela RAPS. A busca pela pessoa que se enquadra nesse perfil ocorrerá por meio de indicação de profissionais que atuam nos serviços municipais da saúde mental. O território de abrangência será o estado do Paraná, e o critério de seleção levará em conta os seguintes aspectos: acesso aos responsáveis, tipos de crime (priorizando os que seriam enquadrados como hediondos e dolosos), tempo de acompanhamento pela RAPS e envolvimento com os serviços. Depois de selecionado o participante, realizaremos análise de prontuário, entrevista com o paciente e entrevistas semiestruturadas com pelo menos quatro profissionais dos serviços municipais e com dois familiares ou responsáveis. Preservaremos os nomes e demais dados pessoais tanto do participante quanto dos profissionais e familiares envolvidos. As informações obtidas poderão ser utilizadas em pesquisas futuras. Roteiro de entrevista com profissionais e familiares: 1. Quando (nome do sujeito da pesquisa) recebeu o diagnóstico? 2. Acredita que haveria forma de prevenir o incidente (citar evento relacionado ao crime)? De que forma? 3. Quais são os serviços da RAPS frequentados por (nome do sujeito da pesquisa)? 4. A quanto tempo o (nome do sujeito da pesquisa) frequenta os serviços oferecidos pela RAPS? 5. Como era (nome do sujeito da pesquisa) antes e depois de frequentar a RAPS? 6. Na sua opinião, se (nome do sujeito da pesquisa) estivesse sendo acompanhado pela RAPS antes do incidente (citar evento relacionado ao crime), você acha que o evento teria ocorrido? 7. (nome do sujeito da pesquisa) já teve contato com manicômio judiciário? Se sim, como foi a experiência? 8. Você acredita que (nome do sujeito da pesquisa) deveria ser internado num manicômio judiciário ao invés de ser acompanhado pela RAPS? Roteiro de entrevista com o paciente: 1. Como você se sentia quando ocorreu o fato (acusação de crime)? 2. Acredita que haveria forma de prevenir o incidente (citar evento relacionado ao crime)? De que forma? 3. Quais são os serviços da RAPS frequentados por você? 4. A quanto tempo você frequenta os serviços oferecidos pela RAPS? 5. Como você se sentia antes e depois de frequentar a RAPS? 6. Na sua opinião, se você estivesse sendo acompanhado pela RAPS antes do incidente (citar evento relacionado ao crime), você acha que o evento teria ocorrido? 7. Você já teve contato com manicômio judiciário? Se sim, como foi a experiência? 8. Você acredita que deveria ser internado num manicômio judiciário ao invés de ser acompanhado pela RAPS?

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável institucional.

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



Continuação do Parecer: 3.229.411

Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação da emenda ao protocolo de pesquisa apresentada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1293099_E1.pdf	11/03/2019 12:46:28		Aceito
Outros	Emenda.pdf	11/03/2019 12:45:40	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	CartaAceiteSMSC.pdf	11/03/2019 12:45:26	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	CartaCorrecaoPendencias.docx	01/06/2017 11:05:10	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	AutorizacaoProntuarioFamilia.pdf	01/06/2017 11:03:05	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	01/06/2017 11:00:58	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil.doc	01/06/2017 11:00:14	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	01/06/2017 10:59:33	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	Roteiro.docx	11/04/2017 09:14:21	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito
Outros	AutorizacaoSecretariaSaudeltambe.jpg	11/04/2017 09:13:03	Thiago de Sousa Bagatin	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.229.411

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGÁ, 28 de Março de 2019

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
**Bairro:** Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900  
**UF:** PR **Município:** MARINGÁ  
**Telefone:** (44)3011-4597 **Fax:** (44)3011-4444 **E-mail:** copep@uem.br

Página 04 de 04