

O PODER PSIQUIÁTRICO E SEUS DESDOBRAMENTOS NO SISTEMA PUNITIVO BRASILEIRO: NOVOS HORIZONTES ANTIMANICOMIAIS

PSYCHIATRIC POWER AND ITS DEVELOPMENTS IN
THE BRAZILIAN PUNITIVE SYSTEM:
NEW ANTIMANICOMIALS HORIZONS

EL PODER PSIQUIÁTRICO Y SUS DESARROLLOS EN EL
SISTEMA PUNITIVO BRASILEÑO: NUEVOS HORIZONTES
ANTIMANICOMIALES

SUMÁRIO:

1. Introdução; 2. O poder psiquiátrico-jurídico;
3. O novo paradigma do século XIX: a patologização
do criminoso; 4. Medidas de segurança no sistema
penal brasileiro; 5. Alguns horizontes antipsiquiátricos
e antimanicomiais; 6. Considerações finais; Re-
ferências.

RESUMO:

O objetivo deste trabalho é demonstrar, primeiramente, de que forma o Poder Psiquiátrico ergueu-se como saber científico e como atividade determinante no âmbito punitivo. Ademais, focando-se nos desdobramentos acarretados pela ligação dos conceitos de crime e loucura, tanto no plano jurídico, quanto nas áreas de saúde mental, serão analisadas as forças que influenciaram a criação do sistema de responsabilização criminal vigente. Por fim, através das controvérsias neste sistema, expõem-se as estratégias das chamadas medidas de segurança através do aporte crítico advindo das novas práticas

Como citar este artigo:
AMARAL, Augusto J., ANGEL, Camila O. O poder psiquiátrico e seus desdobramentos no sistema punitivo brasileiro: novos horizontes antimanicomiais. Argumenta Journal Law, Jacarezinho – PR, Brasil, n. 28, p. 397-424.

Data da submissão:
25/07/2017

Data da aprovação:
30/06/2018

surgidas como alternativas e propostas pelos movimentos antimanicómias e antipsiquiátricos.

ABSTRACT:

The main objective of this paper is to demonstrate, first of all, how the Psychiatric Power rose itself, becoming the science that we see today, with decisive activity in punitive scope. Furthermore, focusing on the developments brought by connection of the crime and insanity concepts, both in the legal and mental health areas, the forces that influenced the creation of the criminal accountability system in force will be analyzed. Finally, through the controversies existing in the system, it is intended to expose how the mechanism of security measures, ends up delegitimizing itself, finding in the anti-psychiatry reformer movement its greatest criticism.

RESUMEN:

El objetivo de este trabajo es demostrar, en primer lugar, de qué forma el Poder Psiquiátrico se alzó, convirtiéndose en la ciencia a la que vemos hoy, con actividad determinante en el ámbito punitivo. Además, enfocándose en los desdoblamientos acarreados por la conexión de los conceptos de crimen y locura, tanto en el plan jurídico, como en las áreas de salud mental, se analizarán las fuerzas que influenciaron la creación del sistema de rendición de cuentas criminales vigente. Por último, a través de las controversias existentes en este sistema, se pretende exponer cómo el mecanismo de medidas de seguridad, acaba deslegitimándose, encontrando en el movimiento reformador Antipsiquiátrico, su mayor crítica.

PALAVRAS-CHAVE:

Poder Psiquiátrico. Criminologia. Medidas de Segurança. Antipsiquiatria.

KEYWORDS:

Psychiatric Power. Criminology. Security measures. Antipsychiatry.

PALABRAS-CLAVE:

Poder psiquiátrico. Criminología. Medidas de seguridad. Antipsiquiatría.

1. INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, invariavelmente, a máquina punitiva reinventou-se, acompanhando as transformações sociais e a alteração nas formas de domínio. A adequação em relação aos modelos políticos implantados, em especial a relação com a questão criminal, ao menos modernamente, demonstra a necessidade permanente de legitimação pronta a embasar seu exercício de poder, o qual, explícita ou implicitamente, vem sendo de controlar e excluir os indivíduos indesejados pelo ambiente social.

Em vista disso, as relações entre direito penal e saber médico-psiquiátrico foram decisivas para solidificação de uma “cultura do castigo” ainda mais abrangente, sobretudo, após o advento do novo paradigma punitivo inaugurado pelos saberes científicos do século XIX. Observa-se que o debate sobre esse tema é de extrema relevância para a reflexão jurídico-penal no Brasil, ainda na atualidade, vez que os ideais do positivismo criminológico reatualizados e a colonização jurídico-criminal implementada pelas áreas “psi” (que emergiram como campo de saber protagonista no XIX) acabam fundamentando a configuração e o próprio procedimento de aplicação das chamadas medidas de segurança em praticamente todo o ocidente até hoje.

Além da fragilidade da lógica “perigosista” como pré-requisito à sua imposição, o atual sistema de cumprimento, baseado na internação compulsória nos “Manicômios Judiciários”, revela, empiricamente, através das críticas dos movimentos reformadores, a arbitrariedade presente no tratamento o qual os criminosos possuidores de sofrimento psíquico, considerados juridicamente inimputáveis, são submetidos.

Neste cenário, faz-se necessário averiguar quais as implicações trazidas pela legitimação das medidas de segurança no ordenamento jurídico brasileiro atual. Diante de tantas falhas constatáveis por esta atividade penal, entrelaçada e justificada pelo saber psiquiátrico, o trabalho propõe questionar quais as consequências que este dispositivo impõe ao agente diagnosticado como “doente mental” e por qual razão ainda são aceitas as técnicas violentas de contenção institucional que o estigmatizam, tornando-o um refugio social duplamente excluído pelo binômio crime/loucura.

2. O PODER PSIQUIÁTRICO-JURÍDICO

Entre o final do século XVIII e início do século XIX, diante das inúmeras transformações que ocorreram no campo político-social, emergiu, atrelado ao direito penal, uma nova gama de conhecimentos e práticas que projetavam à normalização do indivíduo transgressor. Inaugurava-se, na modernidade, uma ótica diferenciada sobre a própria noção de delinquência, analisada, doravante, conforme o modelo de normalidade estabelecido pela realidade urbana (ANITUA, 2008).

A partir da disseminação dos ideais de racionalidade e disciplina, o novo modelo organizacional fixado visava à manipulação dos sujeitos que estavam “à margem”, excluídos do “contrato social”. Nesta linha, a penologia necessitou reelaborar-se, concebendo uma vertente utilitária, empenhada, principalmente, na formulação de uma justificativa “racional” para o exercício de um poder punitivo ainda mais abrangente. Destarte, o horizonte sancionador movia-se para além da lógica do castigo, estabelecendo, como finalidade, o disciplinamento do sujeito infrator, através da adequação do seu comportamento, – por ora desviado –, aos padrões instituídos pela norma (ZAFFARONI, 2012).

O quadro era de instabilidade, a cidade havia se transformado em um multiplicador de problemas. A escassez alimentar e a forte onda de epidemias desencadearam várias rebeliões entre os atingidos, acarretando, um grande número de mortes. A estrutura social estava abalada, exigindo do poder estatal um forte investimento no desenvolvimento de técnicas de segurança, para que a repressão, o domínio e a governança fossem exercidos com maestria (FOUCAULT, 2008).

Todavia, após os ditos princípios jurídico-filosóficos dos “clássicos” terem trazido novos contornos ao exercício do poder punitivo, fomentou-se uma conexão com outras áreas do saber para o estabelecimento da ordem. Diversos aparatos de controle foram adotados como forma de adequar o novo discurso às necessidades trazidas pelo capitalismo e pela rápida multiplicação industrial. Assim, o saber médico assumiu um papel fundamental, concentrando sua atividade em ações que objetivavam a higienização das cidades. A penalidade contava agora com o auxílio deste novo mecanismo, executado, essencialmente, pela polícia. A instituição surgia fora do alcance punitivo, não se relacionando ao castigo, mas sim, à ideia de prevenção, atuando, principalmente, como agente de saúde pú-

blica (ANITUA, 2008).

O escopo primordial deste procedimento higienista era a “captura” dos sujeitos diagnosticados como perigosos. A polícia identificava os entes que se afastavam do modelo adequado de conduta a ser seguido para, então, encaminhá-los às instituições que se encarregavam de curá-los, colocando-os nos padrões de normalidade e civilidade. Estes indivíduos eram classificados como “anormais”, pois atuavam contra os ditames da moral burguesa, classe essa que estabelecia os critérios socialmente aceitos. Em razão das numerosas ondas de contágio que ocorreram, em especial da experiência que se teve com a lepra e a peste, realizavam-se, por meio desta linha, operações de “normalização” com o intuito de evitar possíveis surtos. Os delinquentes e “vagabundos” caracterizavam-se como os principais alvos deste dispositivo (ANITUA, 2008).

Em razão desta visão patologizante do corpo social, especialmente desde a questão criminal, enfatizou-se, em grande escala, o interesse dos estudiosos pela exploração dos possíveis “desequilíbrios” da mente. A medicina clínica, baseada na anatomia-patológica e na dissecação de corpos, precisou ampliar o campo de pesquisas. Como a doença, em geral, significava uma modificação da estrutura física, os profissionais empenhados no descobrimento do funcionamento comportamental, também utilizaram a prática anatômica como ponto partida (SZASZ, 1979).

Exatamente nesta quadra da história (XVIII-XIX), Franz Joseph Gall, ao executar diversas inspeções cranianas, investiu na técnica da frenologia como uma doutrina focada em desvendar o psiquismo humano. Neste método, Gall, com a ajuda do seu discípulo Johann Gaspar Spurzheim, verificava as características externas do crânio, acreditando que demonstraria a origem da personalidade do indivíduo e o nível de suas faculdades mentais. Os frenólogos exploravam, principalmente, as cabeças dos delinquentes, acreditando que o desenvolvimento parcial do cérebro seria o causador da inclinação criminoso. A agressividade e o instinto homicida localizavam-se, por exemplo, em áreas do cérebro em má formação, isto, como resultado, desenvolveria uma função exagerada de determinados sentimentos que levariam o agente a praticar delito (SHECAIRA, 2013).

Em síntese, destaca Anitua:

Assim, para a frenologia, a delinquência era determinada biologicamente e por esse motivo os esforços penais deve-

riam atentar para essas predisposições e não tanto para o fato delitivo em si, que seria uma consequência: deveria deixar-se de atender à doença expressa e agir em relação ao “doente”. Em síntese, Gall sugeria que a legislação penal deveria abandonar toda pretensão de justiça e encaminhar-se para prevenção de delitos e a proteção da sociedade dos incorrigíveis, que poderiam ser facilmente identificados através dos seus métodos “craniológicos” (ANITUA, 2008, p. 274).

Analisava-se o sujeito e, posteriormente, o submetia aos métodos de internamento aplicados em hospitais especiais criados para recuperação. O local possuiria arquitetura semelhante à das prisões, tornando-se um hospital para os “alienados”. Com a expansão destes estudos frenológicos, a medicina acabou criando um ramo específico para encarregar-se do tratamento destes entes, surgindo a própria psiquiatria, no mesmo século XIX, como ciência posta a diagnosticar de forma inovadora estes “distúrbios da mente” (ANITUA, 2008). Como a medicina estruturava-se a partir da análise cadavérica, a vertente psiquiátrica se desenvolvia, igualmente, a partir de um cérebro morto (BASAGLIA, 1982).

É importante compreender claramente que a moderna psiquiatria, juntamente com a identificação das novas “enfermidades”, lastreou-se em critérios sobre a própria constituição do conceito de doença, estabelecido, nesta época, como uma alteração detectável da estrutura corpórea do paciente. A doença mental, seguindo os mesmos parâmetros, seria detectada a partir das mesmas premissas. Contudo, o ponto chave era a observação da conduta. Existia um enorme esforço em distinguir as doenças mentais daquelas chamadas “orgânicas”. O protótipo destas patologias comportamentais seria a histeria de conversão, a qual foi claramente inventada pelos médicos da época. Se na medicina moderna, as doenças foram descobertas, na psiquiatria moderna, elas foram inventadas (SZASZ, 1979).

Nesse sentido:

Foi provado que a paralisia é uma doença; foi declarado que a histeria o é. Desse modo, a histeria foi inventada. E assim também todas as outras doenças mentais foram inventadas – cada qual identificada segundo as diferentes queixas ou alterações comportamentais e funcionais das pessoas por elas afetadas. E assim foi construído um paralelo forçado entre a doença física e a doença mental: por exemplo, da mesma forma que a paralisia foi considerada uma doença estrutu-

ral do cérebro, assim também a histeria e outras doenças mentais foram consideradas doenças funcionais do mesmo órgão. [...] Concordantemente, a histeria, a neurastenia, a depressão, a paranoia e outras passaram a ser olhadas como doenças que aconteciam às pessoas. As pessoas mentalmente doentes não “desejavam” seu comportamento patológico e não eram, portanto “responsáveis” por ele. Essas doenças mentais foram então contrastadas com a doença simulada, que era uma imitação voluntária da doença. Finalmente, os psiquiatras afirmaram que a doença simulada é também uma forma de doença mental. Isso presenteia-nos com o absurdo lógico de uma doença que, mesmo quando deliberadamente forjada, ainda assim é uma doença (SZASZ, 1979, p. 25).

O saber psiquiátrico tentava se erguer como um conhecimento científico apoiando-se em dois tipos de discursos: um neurológico (das espécies de doenças) e outro anatomopatológico (dos correlativos orgânicos). O primeiro tentava descrever a loucura, por exemplo, como uma patologia, ou uma série delas, cada uma com sintomas e diagnósticos próprios e propondo um discurso médico habitual. Noutro lado, relacionar-se-ia a loucura com problemas neurológicos, efetivamente anatômicos, que serviriam como garantia materialista aos profissionais deste saber. Destarte, ambas as fundamentações ajudavam a garantir o controle e a dominação daquilo que se acreditava ser a verdade, evitando, a partir disto, qualquer forma de questionamento (FOUCAULT, 2012).

É evidente a confusão entre os critérios de descobrimento e invenção patológica e quais os efeitos que isto causaria. Ampliava-se o poder da psiquiatria ao ponto que tornar livre a iniciativa para criação de doenças, estando ausente qualquer tipo de restrição ou critério. Então, qual seria o problema de toda esta prática psiquiátrica que aumentava seu poder, apoiando seu discurso na medicina e no saber científico da época? A conclusão é simples: todo e qualquer fenômeno estudado por quem observa poderia ser definido como doença (SZASZ, 1979).

Esse mecanismo de transformar aquilo que mal se conhece em uma espécie patológica pode ser definido como uma antiga “técnica” que já sempre fomentou os inquisitorialismos: a teoria do bode expiatório.

Szasz assim delimita a tese:

Todas as teorias do bode expiatório postulam que se a pessoa, a raça, a doença ou o que não pode ser dominado for sub-

jugado ou eliminado, serão resolvidos todos os problemas. Enquanto os médicos endossam entusiasticamente a ideia de que as bruxas foram mulheres históricas erradamente diagnosticadas, os cientistas sociais defendem a visão de que elas eram bodes expiatórios da sociedade (SZASZ, 1979, p. 167).

Encontrado o bode expiatório, este era considerado o responsável por todos os males e inquietudes que atormentavam os indivíduos e suas relações no meio coletivo. Ao matá-lo, reprimi-lo ou julgá-lo, a sociedade e seus temores, enfim, seriam curados (SZASZ, 1976).

Deste modo, o louco, tal como as bruxas, as mulheres, os judeus e os negros, configuravam-se como identidades específicas de bodes expiatórios. Assim como, na Idade Média, os homens precisavam de algo que explicasse os males da natureza, fenômenos sobre os quais não encontravam resposta, nesta altura, por não serem capazes de lidar nem admitir ignorância ou desespero em relação a diversos problemas biológicos e sociais, acabavam encontrando refúgio em explicações expiatórias. Portanto, note-se, há uma enorme semelhança entre a crença medieval na feitiçaria e a contemporânea na doença mental, pois ambas baseiam-se em explicações falsas que servem, na verdade, para encobrir certos problemas morais relacionados a interesses de grupos determinados, – para a doença mental, o grupo dos médicos; para a bruxaria, o poder do clero (SZASZ, 1979).

Desta forma, a psiquiatria expandiu seu âmbito de saber efetuando estudos, cada vez mais profundos, sobre as problemáticas trazidas pelo convívio urbano. Diante da grande importância que era dada ao campo do controle populacional, a vertente promovia com o passar do tempo, uma atividade classificatória incessante, a qual desdobrava a doença mental, em diversas espécies de loucura (FOUCAULT, 2012).

Além desta construção teórica que multiplicava o número de insanidades existentes para que fosse alcançado o auxílio desejado dos veículos governamentais, foi necessário que à rotulagem do sujeito como “anormal”, acompanhasse a noção de “perigo”. Para que a autoridade competente aceitasse sustentar o internamento, o indivíduo não poderia apenas possuir uma debilidade psíquica ou fazer jus ao montante assistencial, o médico necessitava comprovar que se tratava de alguém perigoso, apto a cometer crimes. Vários relatórios falsos foram elaborados nesta linha, demonstrando o nível de ameaça que o doente apresentaria, para que, então,

este fosse devidamente assistido (FOUCAULT, 2012).

Afirma Foucault:

Ora, o curioso é que, a partir dessa espécie de pequena situação que levanta simplesmente o problema do custo da anomalia, que, aliás, sempre encontramos na história da psiquiatria, esse problema do custo da anomalia vai ter uma incidência formidável, porque, a partir dessas queixas dos médicos que, em 1840-1850, reclamam de que são obrigados a acusar os idiotas de serem perigosos, vocês veem se desenvolver pouco a pouco toda uma literatura médica que vai se levar cada vez mais a sério, que vai, digamos assim, estigmatizar o débil mental e fazer dele efetivamente alguém perigoso (FOUCAULT, 2012, p. 278).

Essa atividade, a qual Foucault chamou de “generalização do saber psiquiátrico”, reforçou, ainda mais, a grande retomada da subjetividade no campo jurídico. Nessa linha, entre as inúmeras tentativas de assemelhar a doença mental à ideia de perigo e ao fato delitivo, está o surgimento da controvertida noção de “monomania homicida” que mostrou-se essencial na busca de uma suposta proteção coletiva (FOUCAULT, 2012).

Jean-étienne Esquirol, discípulo de Pinel, foi o primeiro a mencionar o termo monomania em seu Tratado de doenças mentais, fortemente influenciado pelo ambiente médico francês. Esquirol, em sua obra, classificou a monomania como ordinárias, afetivas, intelectuais ou, ainda, monomanias sem delírio, as chamadas instintivas. O médico, possuidor de muito prestígio, lucrou ganhos consideráveis em matérias de tratamento. Ele e os demais profissionais da saúde na época ofereciam-se ao poder burguês como garantidores da nova ordem (ANITUA, 2008, p. 274).

Desde 1810, o edifício da monomania levantava-se como um modo de loucura, mas uma loucura que não era total. O doente ainda usufruía da razão. Não se tratava aqui de uma espécie de alienação que tomaria todos os sentidos do afetado, pelo contrário, apenas um objeto específico estaria em desordem. Isto não significava que o agente estava fora de si no momento da afetação, na verdade, ele continuava sentindo e raciocinando da mesma forma que sentiria e raciocinaria antes mesmo de ser “tomado” pela doença (FOUCAULT, 2014).

No caso da monomania homicida, estava presente um tipo delírio parcial caracterizado por um impulso assassino que levaria o agente a co-

meter o delito. Este impulso seria uma tendência irresistível, fomentado por um pensamento delirante provocado por alguma convicção, exaltação, raciocínio falso ou, até mesmo, por razões instintivas cegas, caso não houvesse nenhuma alteração na inteligência (FOUCAULT, 1991).

A monomania transformava o delito em um objeto psiquiátrico. Aqueles grandes crimes monstruosos, sem confissão ou que aparentavam não ter uma razão lógica, todos estes que antes não possuíam explicação, encontraram justificações a partir dos laudos médicos. Para as perguntas indecifráveis que estes levantavam, os profissionais da psiquiatria ofereceram a resposta enxergando neles um sintoma patológico. Ao silêncio trazido pela monstruosidade humana, apresentava-se o diagnóstico da monomania homicida. O crime, diante desta lógica, não seria outra coisa a não ser a loucura e, esta, sem dúvidas, era uma peça importantíssima para a história da subjetividade criminal (FOUCAULT, 2014).

Sobre o conceito de monomania, Foucault expõe:

Noción extranã, porque para los psiquiatras se trata de una enfermedad cuya particularidad es no tener, em la práctica, más que un síntoma visible, y ese síntoma visible es, precisamente, el crimen. y se trata al mismo tiempo de una noción muy curiosa desde el punto de vista de la penalidad, porque ese crimen no tendría por razón de ser ni interés ni pasión algunos; su única razón de ser es La enfermedad misma, la enfermedad que consiste en cometer el crimen (FOUCAULT, 2014, p. 234).

Havia um grande interesse por parte da psiquiatria em propor à instituição judiciária esta noção de monomania. A razão estava vinculada ao que era a doutrina na época e qual era o seu papel social. O saber psiquiátrico, no século XIX, tinha a tarefa de especificar o seu âmbito de conhecimento para se diferenciar da medicina e assegurar o reconhecimento que desejavam dentre as demais práticas médicas. Em razão disso, iniciavam uma grande tentativa para ingressar na prática penal, procurando aumentar seu espaço de domínio (FOUCAULT, 2014). Todo esse movimento foi de extrema relevância, uma vez que, além de conquistar um novo saber, estavam ocupando também uma modalidade de poder, sendo para isso essencial o atrelamento do crime à loucura.

3. O NOVO PARADIGMA DO SÉCULO XIX: A PATOLOGIZAÇÃO DO CRIMINOSO

As práticas penais no século XIX estavam envolvidas por uma onda de pensamentos e descobrimentos que influenciaram diretamente os métodos racionalistas da dita “escola clássica”. Não era apenas o saber médico-psiquiátrico que se disseminava e invadia o campo criminológico, mas, em geral, as ciências ampliavam seus estudos e se desenvolviam progressivamente, trazendo resultados impactantes para a organização social (ZAFFARONI, 2012).

Nesse contexto, frente às fortes críticas e inadequação com os discursos que se insurgiam, a noção de monomania foi abandonada pela psiquiatria por dois motivos. Primeiramente, por se tratar de um transtorno parcial desencadeado e afetado por apenas um aspecto, foi necessário estabelecer um conceito mais amplo que enquadrasse outros tipos de alterações e, conseqüentemente, um número maior de casos, atacando o instinto e o comportamento do alienado. Em segundo lugar, nesse momento, surgiram as famosas teorias evolucionistas de Charles Darwin. A doença mental começava a ser assemelhada a sintomas específicos em estágios diferentes do desenvolvimento, não apenas a nível individual, mas em grande número de gerações. Deste modo, a degeneração foi alçada para substituir a monomania, inferiorizando e estigmatizando raças específicas, em prol das novas estratégias em jogo (FOUCAULT, 2014).

A inferioridade de certos povos a partir da tese darwinista teria encontrado amparo para uma aplicação lógica que possibilitaria seu deslocamento para as ciências sociais, assim como fez Herbert Spencer ao elaborar a teoria do evolucionismo social. A ideia de seleção natural aplicada na sociologia lançou um discurso que introduziu na esfera jurídico-penal uma visão biologista da criminalidade. Sem dúvidas, isso foi crucial para a fortificação do sistema discriminatório instituído na época, que alterava diretamente o paradigma punitivo vigente (BATISTA, 2011).

Importante ressaltar que esta mutação de protagonismo discursivo também colocava-se diante da própria necessidade de legitimação da estrutura política derivada do neocolonismo. A ideia de que alguns grupos eram mais evoluídos que outros, por isso, os povos civilizados deveriam trazer à luz à barbárie destes seres inferiores, funcionava como elemento autorizador da colonização europeia em outros continentes

(SHECAIRA, 2013). Deste ponto, poderia, até mesmo, a escravidão ser deslegitimada, pois tal discurso racista baseado em inferioridades biológicas autorizava um novo tipo de colonialismo que, de acordo com Zaffaroni, era entendido como uma “missão piedosa” das classes superiores. Em suma, a hierarquização do meio coletivo estava fundamentada, principalmente, pela razão científica (ZAFFARONI, 2012).

Buscando-se desclassificar as premissas iluministas de igualdade, face ao clima de instabilidade que se fazia presente pelo descontentamento das grandes massas operárias, ademais a indústria reclamando a disciplina para mantimento da ordem e do poder, neste ponto, o discurso psiquiátrico consagrou-se ganhando um importante papel no controle das condutas desviadas (ANITUA, 2008).

Corroborando com esta linha “inferiorizante” de pensamento, o médico francês Augustin Morel foi certo ao instituir a teoria da degeneração. A tese de cunho fortemente racista era utilizada para ressaltar os problemas que poderiam surgir pela mestiçagem das raças, afirmando que a mistura de etnias pela união de fios genéticos distantes seria catastrófica, já que teria como resultado seres moralmente desequilibrados (ZAFFARONI, 2012). A partir de proposições resgatadas do XVIII, Morel em seu *Traité de La Dégénérescence* explicitou quais as situações em que o sujeito poderia degenerar-se (FOUCAULT, 1978).

Nas palavras de Foucault:

[...] o homem degenera a partir de um tipo primitivo, e isto não sob efeito de uma degradação espontânea, de um peso próprio à matéria viva, porém muito mais provavelmente, sob a “influência de instituições sociais em desacordo com a natureza”, ou ainda como consequência de uma depravação da natureza moral (FOUCAULT, 1978, p. 410).

Esta crença na “possibilidade degenerativa” espalhou-se demasiadamente na época, alcançando um espaço cada vez mais expressivo no campo do direito. O saber psiquiátrico empenhava-se em desvendar a origem biológica do instinto criminoso, disputando com o judiciário as cabeças dos delinquentes guilhotinados, levando-os para seus laboratórios e fazendo-os objeto de suas pesquisas (ZAFFARONI, 2012). Assim, fica evidente a virada metodológica instalada nas agências institucionais de controle. Como fora mencionado, a dita “escola clássica” norteava a

sistemática do direito penal pelo viés da racionalidade, consolidando a ideia de delito como manifestação própria de um ente juridicamente autônomo, orientado pelo livre arbítrio. O crime era entendido sob a ótica objetiva, caracterizando-se como um ente puramente jurídico (BARATTA, 2002). Contudo, a subjetividade do criminoso passou a ter papel essencial. O âmbito penal passa a receber influência direta do saber médico. Colocava-se em pauta a subjetividade do indivíduo, associando o acontecimento patológico ao ato delituoso. Nesses termos, o próprio conceito de loucura, envolvido por uma ideologia moralizante, assemelha-se à criminalidade e adquire um sentido moral-social para tornar-se um rótulo a ser colocado em grupos que repudiavam as regras éticas e comportamentais da burguesia (FOUCAULT, 1978).

Desse modo, em contraponto ao racionalismo do século XVIII, surgiram os inovadores pensadores positivistas, os quais trouxeram a ideia do delito como um evento socialmente natural, praticado por um agente com conduta antissocial e essencialmente possuidor de uma personalidade perigosa. O homem não era totalmente livre para coordenar seus atos, pois, caso isto fosse aceito, a causalidade que o levaria a infringir a lei estaria rompida (ANDRADE, 1994).

Ao passo que estes valores ganhavam força, o formato orgânico de sociedade passava a ser retomado. Reagindo ao liberalismo do século anterior, colocava-se em pauta a organização da vida social, ressaltando-se a necessidade de criação de ciências de governo, na qual originaram a Sociologia e a própria Criminologia. O resgate pela engrenagem organicista não foi apenas um anseio dos chamados “conservadores”. Eram vários os grupos que projetavam a volta da ordem anterior àquela dita liberal e por este motivo acabaram recorrendo ao novo paradigma (ANITUA, 2008).

A criminalidade passava a ser observada a partir do prisma etiológico, em que o objeto de análise deixava de ser a violação em abstrato para compreender um estudo sobre o próprio perfil do delinquente, suas características biológicas, psicológicas e o meio social ao qual estava inserido. A escola italiana teve papel importantíssimo na repercussão destes princípios. Dentre as maiores obras sobre a existência de uma “essência criminosa”, estava o feito do médico italiano Cesare Lombroso que, em 1871, publicou o *L’Uomo Delinquente*, considerado por muitos como tese fundadora da criminologia (RAUTER, 2003).

Sobre este ponto, é importante assinalar que, apesar de ser afirmado por muitos criminólogos e penalistas que a Criminologia teve seu nascimento com essa linha de pensamento, conforme aponta Zaffaroni, a afirmação é um tanto equivocada. De acordo com o autor, enquanto houve direito penal também existiu uma criminologia, mesmo que numa forma inorgânica. Apesar do status científico ou acadêmico ter sido outorgado apenas no século XIX, é possível encontrar um modelo criminológico presente em época bem anterior, aquela na qual a inquisição legitimava seu poder através da elaboração de doutrinas do delito (ZAFFARONI, 2012).

Dentre os diversos estudos que foram realizados neste âmbito, na tentativa de encontrar a origem biológica do fenômeno criminal, destaca-se a famosa figura do “criminoso nato”, elaborada por Lombroso e Enrico Ferri (ANITUA, 2008). Esta “definição naturalística” sobre o crime surgiu após a verificação de traços supostamente “especiais” na anatomia dos delinquentes. O criminoso nato não seria identificado apenas por simples anormalidades comportamentais, mas sim, desde logo, através de um conjunto de fatores psíquicos e atávicos. O ponto chave para explanação desta nova hipótese emergiu no momento em que Lombroso efetuou a abertura do crânio do bandido milanês Vilela, percebendo que este possuía características próprias de raças primitivas (LYRA, 1956). Os frenólogos, respaldados por estas premissas, estariam aptos a analisar o sujeito, e caso fossem encontradas certas deformações cerebrais, reconheceriam a existência do perfil por ora delimitado (ANITUA, 2008).

Nas palavras de Andrade, Lombroso:

Procurou desta forma individualizar nos criminosos e doentes apenados anomalias sobretudo anatômicas e fisiológicas (como pouca capacidade craniana, frente fugidia, grande desenvolvimento dos arcos zigomático e maxilar, cabelo crespo e espesso, orelhas grandes, agudeza visual) vistas como constantes naturalísticas que denunciavam, a seu ver, o tipo antropológico delinquente, uma espécie à parte do gênero humano, predestinada, por seu tipo, a cometer crimes (ANDRADE, 1994, p. 152).

Sendo assim, em virtude desse novo aparato de conhecimentos, não era passível que os indivíduos considerados possuidores de tais características, fossem punidos de forma idêntica aos seres normais. Nestes casos, a prisão deveria ser substituída por outra instituição total, cujo objetivo

central não seria a punição, e sim o tratamento: os chamados manicômios judiciais (LYRA, 1956).

No Brasil, as ciências criminais também fora guiada por estas noções, encontrando grande respaldo em Nina Rodrigues, conhecido como fundador de uma “antropologia criminal” no Brasil (LYRA, 1956). Este foi o primeiro doutrinador a reconhecer as diferenciações raciais e a sua influência na responsabilidade penal, entendendo que em razão da diversidade humana, o tratamento legal deveria ser da mesma forma, diferente. A existência de apenas uma lei penal seria um equívoco, pois não se levaria em conta as características específicas de alguns grupos que de acordo com cada região poderiam ser diferentes (LYRA, 1977).

Nesta trajetória, é possível observar a importância desta visão “anormal” sobre o fato criminal em que se nota principalmente a construção histórica da psiquiatria fundindo-se com a própria ideia de ciência jurídico-penal como vemos hoje: uma estrutura legitimada e eficaz de controle social. Uma vez que estes saberes se misturam, o contexto traz à luz um novo paradigma punitivo, desenvolvido e aprimorado pela Escola Positiva da criminologia. Frente a estas concepções, a própria lei penal reelaborou-se, implantando um mecanismo de responsabilização voltado aos parâmetros da época (SOUTO; CARVALHO, 2007).

Esta construção teórica do século XIX estruturava-se, em linhas gerais, desta maneira, como um saber racista. Trazendo as inúmeras diferenças entre o indivíduo transgressor e os demais cidadãos que não eram portadores de anormalidades, reforçava-se a desigualdade entre os indivíduos baseada na existência de raças superiores de pessoas normais. Sempre houve um inimigo, mas foi a criminologia que transformou o criminoso em um ser anormal e inferior, alguém o qual o convívio seria prejudicial para a vida em sociedade. Estes sujeitos, uma vez caracterizados como perigosos, deveriam sofrer as medidas estatais de contenção, exclusão e disciplina (FOUCAULT, 2012). Assim, na tentativa de minimizar a imprevisibilidade existente nestes indivíduos, o critério da periculosidade foi inserido no sistema penal, aplicado aos casos judiciais em que o saber psiquiátrico atuava diretamente realizando o exame referente à saúde mental do transgressor (ANITUA, 2008). Com o auxílio do poder punitivo, portanto, a psiquiatria se erguia como um dos maiores poderes disciplinadores dos seres humanos.

4. MEDIDAS DE SEGURANÇA NO SISTEMA PENAL BRASILEIRO

No Brasil, o Código Criminal do Império de 1830 possuía um caráter liberal influenciado pelos saberes iluministas que se expandiram na Europa após a revolução francesa. A responsabilidade penal moldava-se, deste modo, pela ideia de livre arbítrio. Entretanto, as relações entre psiquiatria e justiça penal foram aumentando em grande escala depois da alteração da legislação pátria, a qual passou a adotar a figura do louco criminoso e a sua total ausência de responsabilização. O delito era considerado inexistente, caso fosse declarada a loucura do agente. Constatada a suposta “inexistência de razão”, ou seja, não sendo encontrada capacidade para o discernimento, o sujeito não estaria apto para o contrato e, assim, seria reconhecido como desarrazoado (RAUTER, 2003).

Mais tarde, com a torrente criminológica surgida no final do século XIX, este mecanismo foi modificado e o artifício da inimputabilidade em face da suposta existência de uma anomalia psíquica no criminoso, finalmente implantada. Porquanto existente uma “doença mental”, não seria cabível a imposição de culpa e, conseqüentemente, de uma pena. Esta incapacidade de responder pelo delito respaldava-se na crença de que estes sujeitos, em tese, não teriam condições de verificar a ilicitude da conduta, sendo então, considerados inimputáveis (ANTUNES, 2002).

Não obstante à declaração de irresponsabilidade que receberiam os delinquentes “anormais”, o paradigma trazido pela Escola Positivista afirmava que, apesar de não serem devidamente culpabilizados pelo fato, também haveria a necessidade de enclausuramento, dado que esses seres eram julgados como perigosos para o ambiente social e não deveriam viver como se livres fossem. Em razão disso, foi encontrada uma alternativa diferenciada para mantê-los sob o controle da justiça penal. Nestes casos, ao invés da imposição de uma sanção, seria realizada a aplicação de Medidas de Segurança, uma nova saída jurídica amparada na suposta necessidade de defesa da sociedade contra o aumento progressivo da criminalidade (ANTUNES, 2002).

A modalidade acabou desempenhando papel fundamental na lógica científica e repressora da época. Com a possibilidade de internamento dos mencionados indivíduos, em algumas situações, acabava-se declarando a imputabilidade para que não ocorresse certa abstenção da justiça. A sociedade, muitas vezes, insurgia-se contra a não aplicação de pena ao

inimputável, já que ao voltarem para o convívio social poderiam reincidir, prejudicando a estabilidade da segurança pública. Assim, as medidas de segurança eram compreendidas como uma solução extremamente eficiente. Presente um caso em que o agente criminoso fosse portador de anomalias mentais, caberia ao Tribunal determinar ao mesmo, a imposição da medida, ou seja, a internação (ANTUNES, 2002).

Este mecanismo de responsabilização obteve fortes críticas dos juristas brasileiros contrários à prática punitiva que fora inaugurada. Tobias Barreto censurava fortemente a nova legislação, principalmente, a noção de inimputabilidade e o debate que se formava entre determinismo e indeterminismo. O jurista demonstrava os problemas formados a partir desta relação entre direito penal e psiquiatria, uma vez que o campo do saber médico interferia em grande medida na esfera criminal. A periculosidade do indivíduo seria algo incabível, pois dependeria de uma fundamentação concreta, não encontrada no saber psiquiátrico, o qual era entendido, por muitos, como uma vertente carente de elementos palpáveis (CARVALHO, 2011).

Possível entender doutro modo, a partir do exposto, como a “atividade sanitária” ampliava-se no âmbito nacional. Reservava-se aos “insanos” transgressores da norma, uma nova destinação. Todavia, o modelo de eliminação estaria agora, fundamentado pela necessidade de tratamento. Assim como o judiciário, a psiquiatria manuseava um poder de sequestro, contudo, ao invés de se fundamentar pela base legal liberal, encontrava amparo no saber médico. Influenciada pelas ciências humanas, a atividade de clausura praticada, absorverá as influências das técnicas terapêuticas de cura (RAUTER, 2003).

Destarte, seguindo esse ciclo de transformação, na década de 20, foi fundado, no Brasil, o primeiro Manicômio Judiciário. Este acontecimento demonstrava claramente o êxito da campanha dos psiquiatras para imposição da sua tecnologia. O poder punitivo passava a ter a marca disciplinista da ciência criminológica. Com o avançar do tempo e disseminação destas atividades, a lei precisou se readequar. Portanto, o Código Penal, elaborado em 1940, acabou por incorporar as inovações na época, integrando explicitamente os institutos da periculosidade e das medidas de segurança. Assumia-se, enfim, um sistema voltado centralmente para a readaptação do condenado, ou ainda, reforma daquelas “mentes” consi-

deradas como fora do padrão (RAUTER, 2003).

Observa-se que, o direito penal brasileiro passou a carregar, claramente, o caráter discriminatório da doutrina positivista, utilizando-se de critérios de julgamento do fato criminoso que não se restringem ao ato delituoso em si, mas, principalmente, atinem à valoração de elementos subjetivos que “revelarão” a personalidade do agente (RAUTER, 2003). O fator crime ainda relevante passa a ser verificado sob outro ponto de vista, aquele que supervaloriza o autor da conduta. Emerge do paradigma da defesa social um direito penal ancorado num “direito penal do autor” e não do fato, já que o indicativo crucial para a imposição da medida ao caso é a própria personalidade do sujeito, que representará o peso da sua responsabilidade social (ANDRADE, 1994).

Portanto, a partir da existência de diferentes formas de “castigo”, foi possível conciliar a existência de penas e de medidas de segurança na engrenagem punitiva do país. A legislação compreenderia, ao mesmo tempo, o sentido retributivo da pena e o sentido de tratamento das medidas. Ambas as respostas jurídicas, apesar de se diferenciarem em alguns aspectos, possuem grande aproximação, objetivando igualmente a segregação do agente (RAUTER, 2003).

De fato, é possível observar que a medida de segurança já nasceu envolvida numa grande problemática sobre sua justificação. Entretanto, evidente o consenso disposto entre saberes clássicos e positivistas. Através do balanço realizado entre culpa e periculosidade, é possível notar que o sistema punitivo ainda encontra respaldo em ambos os saberes numa estrutura dualista (ANTUNES, 2002). Tanto o homem revestido de razão e livre arbítrio quanto aqueles determinados psicologicamente permanecem sendo considerados. Logo, é evidente que as doutrinas não se excluíram ao nascer, mas sim, somaram-se formando o procedimento que vemos ainda na atualidade.

5. ALGUNS HORIZONTES ANTIPSIQUIÁTRICOS E ANTIMANICOMIAIS

Nesse cenário, o poder punitivo encontrou campo para grande ampliação. A prática da aplicação de medidas e a consequente internação manicomial tornaram-se cada vez mais comuns, influenciando diretamente no surgimento de resistências antepostas contra a formação do saber psi-

quiátrico e a violência presente nas instalações manicomiais. As críticas vinham de todos os setores, inclusive, dos profissionais da área que reconheciam as falhas do próprio sistema. Apesar de tentar apresentar uma saída “teoricamente” diferenciada ao mecanismo prisional, o manicômio judiciário demonstrou ao longo dos séculos ser igualmente possuidor de um profundo caráter punitivo. Até maior que a própria prisão, no momento em que nas mãos do terapeuta, além da restrição da liberdade do doente mental, está também um controle da alma, uma atividade “disciplinar absoluta” e ativa sobre as percepções e estados psicológicos dos internos através do uso constante (por vezes excessivo) de medicações. Em oposição a esta realidade, diversos estudiosos, como Franco Basaglia, Thomas Szasz, Ronald Laing e David Cooper, empenharam-se na construção dos movimentos conhecidos como Antimanicomiais e Antipsiquiátrico.

Após a Segunda Guerra Mundial, os equilíbrios sociais, econômicos e políticos foram abalados. Na Europa, o custo de vida havia aumentado, os mais pobres foram dizimados, vítimas da fome e do frio. Calcula-se que, nesta época, na França, muitos doentes mentais faleceram nos asilos que lá residiam, pelas más condições estruturais e pela falta de alimentação adequada. É importante salientar que foi a partir desse momento, que a saúde virou um bem essencial a ser assegurado a todos os cidadãos. A sua gerência era de responsabilidade do poder estatal, frente a grande importância que representava para o mantimento adequado do ambiente social e das pessoas que ali conviviam (AMARANTE, 1994).

Amarante é certo:

As duas grandes Guerras mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto sobre a solidariedade existentes entre os homens e foram criando assim condições de possibilidade histórica para outro período das transformações psiquiátricas. Após a Segunda Guerra, a sociedade dirigiu seus olhares para os hospitais e descobriu que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos ali internados em nada se diferenciavam daquelas dos campos de concentração: o que se podia constatar era a absoluta ausência de dignidade humana! Assim nasceram as primeiras experiências de ‘reformas psiquiátricas’ (AMARANTE, 2007, p. 40).

Era uma fase pertinente à expansão de discursos inovadores sobre os

mecanismos de repressão estabelecidos até o momento. Novas questões eram colocadas em pauta, inclusive, sobre a reestruturação da psiquiatria institucional e a elaboração de projetos que visavam a sua reformulação (AMARANTE, 1995). Com o advento da chamada criminologia crítica, as instituições totais tornaram-se alvos de julgamento e de planos modificadores. Além das agências punitivas “tradicionais”, no campo “psi”, os manicômios e o seu aparato terapêutico também passaram a ser objeto de repúdio (CARVALHO, 2011).

Exemplifica Zaffaroni:

A essa altura, não posso omitir, em se tratando das posições radicais sobre o controle social, que o labeling avançou também em outros aspectos, como o psiquiátrico, no qual Goffman e a etnometodologia exerceram forte impacto, e que conduziu a posições muito radicais que, em conjunto, são geralmente chamadas de antipsiquiatria, por obra do escocês Ronald Laing (1927-1989) (*El yo dividido*, 1960) do inglês David Cooper (1931-1986) (*Psiquiatria e antipsiquiatria*, 1967), do italiano Franco Basaglia (1924-1980) (*L'istituzione negata*, 1968; *Morire di classe*, 1969 e *Maggioranza deviante*, 1971) e do húngaro radicado nos Estados Unidos Thomas Szasz. (ZAFFARONI, 2012, p. 218).

O movimento Antipsiquiátrico surgiu por volta da década de 1960, através deste grupo de psiquiatras com grande conhecimento na área clínica. Este novo recorte criticava a composição teórica do respectivo saber e o tratamento que estes aplicavam em relação à loucura. O objetivo era tirar a autoridade que possuíam, principalmente em relação à “criação” e manuseio de algumas doenças. Na visão de Cooper, por exemplo, alguns transtornos, como a esquizofrenia, não poderiam ser considerados como distúrbios (AMARANTE, 1995).

Em geral, estes teóricos lutavam contra a psiquiatria tradicional, emprenhando-se em estudar a constituição das doenças mentais que, em sua base, diferenciavam-se das doenças trazidas pela medicina, porquanto amparadas em parâmetros culturais que poderiam alterar-se de acordo com a vivência de cada linguagem e por critérios éticos (CASTRO, 1983). Os argumentos trazidos referiam-se, centralmente, a não existência, de fato, de uma “doença mental”. A loucura, por exemplo, seria uma forma de rebelião contra os atos cruéis e incoerentes do mundo, uma resposta po-

lítica que se manifesta inconscientemente no sujeito, fruto das inúmeras contradições que coexistem dentro de uma comunidade (ZAFFARONI, 2012).

Para os antipsiquiatras, a perspectiva que entendia a insanidade como um objeto natural, era algo a ser rechaçado. Afirmavam que na verdade, existiria entre o sujeito e as suas experiências uma forte relação e a doença se determinaria de acordo com o resultado produzido por tais. Sendo assim, o tratamento dado a estas pessoas também deveria diferenciar-se do que era habitualmente aplicado. A terapêutica, sob este ponto de vista, deveria preocupar-se em auxiliar o indivíduo a vivenciar a loucura, possibilitando que ele próprio organizasse o seu interior, resguardando o “doente” contra a violência institucional (AMARANTE, 2007). Frente a esta ideia, a prática de cura seria igualmente inadequada, dado que o sujeito não seria compreendido dentro do âmbito social e, sim, tolerado, para, posteriormente, ser trancafiando em instituições totais como são os manicômios (ZAFFARONI, 2012).

Aliás, este seria o papel primordial desta atual atividade psiquiátrica: recolher os indesejáveis para dentro do hospital. A cura na qual procuram, não ocorrerá. Uma vez rotulado, não importa qual o tratamento que seja aplicado pela saúde mental, a raiz do problema que envolve o sofrimento psíquico não é ele em si, mas a própria intolerância da sociedade. Quando o “louco” não age de acordo com os costumes e desconsidera os padrões educacionais daquela comunidade, fica à margem de qualquer enquadramento, por isso, as pessoas o rotularão como insano, na tentativa de padronizá-lo. Desse modo, os “doentes mentais” serão punidos, assim como os criminosos, para que uma instituição total (neste caso o manicômio) passe a geri-lo e discipliná-lo, segregando-o como incômodo. Dentro do hospital essa afirmação será evidenciada no momento em que é imposta a ele a alteração comportamental, sem a qual será impossível a dita reinserção social (SZASZ, 1980).

Aos poucos, o Brasil foi-se tornando permeável a alguma das novas percepções reformadoras. Primeiramente, a própria nomenclatura “doente mental” virou alvo de críticas severas, uma vez que era perceptível que esta classificação não auxiliava em nada o tratamento do indivíduo, pelo contrário, apenas o estigmatizava. Na tentativa de implementar uma forma mais branda de denominação, a expressão foi substituída, sendo colo-

cada em seu lugar a terminologia “sofrimento psíquico”, com o objetivo de remeter o sujeito a noção de vida, ou seja, demonstrar que ali há aptidão para sentir todos os males que são cabíveis. Ao deixar o elemento doença de lado e observar o paciente, finalmente, seriam ampliadas as chances de integração com o campo da atenção psicossocial. Abandonando o olhar sobre a doença, o serviço da psiquiatria, voltando ao próprio indivíduo, poderá ofertar mais possibilidades sociais de aceitação e desenvolvimento da sua subjetividade, sem o transformar em um objeto de correção (AMARANTE, 2007).

Consequentemente, ao considerar essas pessoas como cidadãos dotados de direitos e deveres, percebeu-se que os preceitos discriminatórios previstos na legislação deveriam ser igualmente reformulados. Além da mudança nos ambientes hospitalares e manicomiais, o conjunto de normas penais e civis precisavam se harmonizar ao olhar não preconceituoso e antipositivista. A loucura não transforma o indivíduo em incapaz ou perigoso, retirando-lhe necessariamente as capacidades civis. Sendo assim, o âmbito jurídico deveria ter atenção redobrada e seguir as novas diretrizes trazidas pela antipsiquiatria, que luta pela eliminação dos dispositivos nocivos que dificultavam o exercício de cidadania ao portador de sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007).

Nos anos 80, este processo de renovação se fortaleceu, obtendo grandes avanços. Era um contexto histórico propício para a inovação de políticas públicas. Apesar da instabilidade do processo de redemocratização, em 1987, o Brasil implantou seu primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – um serviço que viria para substituir a lógica “fechada” do hospital. No mesmo ano, ocorreu a “I Conferência Nacional de Saúde Mental”, que abordava com ímpeto temas como a exclusão da tendência hospitalar e a recuperação da cidadania do doente. Logo, em decorrência do processo que culminou com a elaboração da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, os Direitos Humanos foram consagrados amplamente. Diante do novo espírito constitucional, as condições “desumanas” da rotina manicomial viraram alvo dos reformistas (CARVALHO, 2011).

Vários projetos de lei foram apresentados visando à superação da metodologia enclausuradora do ambiente asilar. Procuravam-se novas saídas, propondo formas de assistência que não se resumissem à internação, mas que pudessem trazer o indivíduo, novamente, para a convivência

social. Estas propostas possuíam claramente um ideal humanitário que visava a entender o paciente para além do transtorno, reconhecendo-o como um sujeito de direitos, com voz ativa para conduzir e decidir os rumos do seu tratamento (CARVALHO, 2011).

Assim, em decorrência dos fortes debates que se instauravam sobre o assunto e envolviam os projetos que tramitavam no Congresso Nacional, em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou à Câmara o plano que, após 12 anos de muita discussão, resultou na lei 10.216, aprovada no ano 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Este foi um passo decisivo, o qual estabeleceu diversas proteções ao sujeito portador de sofrimento psíquico, alterando a direção dos modelos de tratamento previstos até aquele momento. Após a promulgação da referida legislação, a “III Conferência Nacional de Saúde Mental” consolidou como propósito central a instauração de novas políticas de governo, atribuindo ao CAPS a tarefa de gerir os parâmetros inovadores que se estabeleciam (CARVALHO, 2011).

Este foi um passo importantíssimo para a remodelação do saber psiquiátrico e para a supressão das práticas positivistas que ainda emergem no berço da cultura punitiva brasileira. O âmbito jurídico sofreu impactos diretos com a promulgação da referida legislação, principalmente, em relação ao sistema de responsabilização penal. Neste ponto, é de grande relevância observar que o próprio instituto das medidas de segurança e o seu fundamento normativo, a periculosidade, encontram-se em discordância com o novo espírito da psiquiatria, mostrando-se inadequados ao novo horizonte pintado pelo movimento antimanicomial e pelos princípios introduzidos pela reforma brasileira. A categoria periculosidade, desde sua entrada em vigor no ordenamento jurídico, já havia recebido numerosas críticas quanto a sua conceituação marcadamente positivista. Contudo, o confronto mais contundente ocorreu com o advento da lei 10.216, a qual impôs claramente a necessidade de alteração dos dispositivos enraizados no Código Penal que ainda sustentam, equivocadamente, a absoluta ausência de responsabilidade do sujeito inimputável (CARVALHO, 2013).

Não obstante a urgência destas modificações, nota-se que, em relação ao processo de internação, algumas alternativas já foram instituídas, realizando-se a transferência de alguns pacientes para os Centros de Atenção, num novo regime de acompanhamento que extinguiria, progressi-

vamente, os hospitais psiquiátricos. Em alguns estados do Brasil, foram elaborados projetos de acordo com os parâmetros da Lei 10.216/2001. O Tribunal de Justiça de Minas Gerais instituiu o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ), da mesma forma, o Tribunal de Goiás criou o Programa de Atenção ao Louco Infrator (PAILI). Ambos os projetos, vetam o recolhimento dos indivíduos em estabelecimentos de caráter segregatório como as prisões, os manicômios, os hospitais de custódia ou os institutos psiquiátricos forenses. O objetivo é afastar a “natureza carcerária” e possibilitar o retorno social do “doente”, demonstrando a possibilidade de tratar a “loucura” de forma eficiente, sem a necessidade da segregação institucional (CARVALHO, 2013).

Sem dúvidas, as regras abrangidas pela reforma psiquiátrica trouxeram inúmeros avanços. Todavia, apesar do grande passo dado, quando se fala em cidadania e direitos não basta apenas aprovar normas. As pessoas não se tornam cidadãos com direitos e deveres através de decretos, pelo contrário, isso ocorre por um processo social de extrema complexidade. Deste modo, destaca-se o quanto a dimensão sociocultural acaba se transformando em um dos campos de maior importância. O envolvimento da sociedade na discussão sobre a violência e ineficiência da atividade psiquiátrica é essencial. É preciso que todos possam mudar a visão sobre o louco e sobre a loucura. A inclusão dos cidadãos neste debate objetiva uma reflexão profunda sobre o tema que não se limita apenas a seus agentes diretos, como profissionais das áreas “psi” e os funcionários do sistema penal/judiciário (AMARANTE, 2007). O cenário social em si deve mudar o olhar intolerante acerca das questões sobre a saúde mental, auxiliando na superação da realidade preconceituosa e rotulante que envolve o sofrimento psíquico no país.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível verificar, a partir do percurso traçado pelo artigo, como o direito penal, respaldado principalmente pelo poder psiquiátrico, apropriou-se da subjetividade humana no campo jurídico, estabelecendo em decorrência disso, o controverso sistema de medidas de segurança. A psiquiatria, desde a sua constituição, almejava se diferenciar da medicina geral, encontrando amparo, especialmente, na atividade punitiva para se tornar uma ciência autônoma, com âmbito de domínio definido e pre-

ponderante. Entre as inúmeras tentativas de assemelhar a doença mental à ideia de perigo e ao fato delitivo, a noção de monomania homicida foi aquela que mais obteve êxito no ramo sancionador. Por certo, observou-se que, a partir deste feito, emergiu uma nova forma de domínio social, a qual transformou o saber psiquiátrico num dos maiores poderes disciplinadores de seres humanos.

Neste ponto, houve a implantação da visão “anormal” sobre o crime, e mesmo a construção histórica da psiquiatria, desde uma estrutura legitimada e eficaz de controle social. De fato, a partir da inserção destas práticas em seu mecanismo de responsabilização, o poder punitivo encontrou a justificativa necessária para sua ampliação, recebendo através do discurso médico-psiquiátrico demasiada autonomia na exclusão dos corpos marginalizados pela delinquência.

Apesar de esta ser uma lógica inaugurada no século XIX, sedimentada pelo surgimento da Escola Positivista e da Criminologia como ciência, conclui-se que o sistema penal ainda na contemporaneidade se mantém ligado a esta ideologia. Ao analisar a legislação vigente, particularmente, quanto às medidas de segurança, percebe-se que esta continua não responsabilizando o inimputável, persistindo em aplicar o referencial teórico que já deveria ter sido superado, representando, neste ponto, grande atraso quando o assunto é saúde mental, privando o indivíduo portador de sofrimento psíquico dos benefícios que lei disponibiliza ao réu imputável, estigmatizando-o por meio do aparato estatal.

Na verdade, mesmo sob o fundamento de tratamento do sujeito, as medidas de segurança e a sua consequente internação asilar acabam se deslegitimando. O vetor periculosidade, – enraizado pelo pensamento positivista –, e os próprios métodos terapêuticos aplicados demonstram total incapacidade de atender às verdadeiras necessidades destes indivíduos. A segregação hospitalar não traz, ao certo, nenhum tipo de benefício ou melhora para o paciente que acaba sofrendo com os métodos violentos de contenção.

Assim, frente às críticas dos movimentos antipsiquiátricos e antimanicomiais, novos horizontes foram abertos pela necessidade de implantação de alternativas mais humanas que substituam as instituições de controle por um tratamento que não utilize a segregação e que oportunize o regresso do indivíduo em sofrimento psíquico ao meio social. Nessa li-

na, a aprovação da lei 10.216 de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi um passo muito importante para a renovação das práticas psiquiátricas em geral. Vários direitos foram assegurados, objetivando-se resgatar inclusive os vínculos do indivíduo dentro do âmbito social e familiar, disponibilizando possibilidades de recuperar o status de cidadão que o rótulo da doença impõe.

Às ciências criminais se impõe estar atenta às críticas adequadas. Mesmo após 16 anos de vigência da vigorosa lei, é possível notar que a praxe punitiva continua nada tímida, preservando as mesmas estratégias características do século XIX. Se a alteração legislativa determina a readequação das medidas previstas ao inimputável e a supressão da noção de periculosidade, sendo incabível considerar o portador de sofrimento psíquico como absolutamente incapaz, ou seja, absolutamente irresponsável pelos seus atos, não pode o saber penal e seus atores passarem incólumes a isto. Que ao menos o sujeito considerado em sofrimento psíquico seja posto como imputável penalmente, e que lhe alcancem as garantias inerentes ao status de réu, posição que ainda nos dias de hoje lhe é retirada ao ser catalogado como alguém sem nenhuma capacidade de discernimento.

É fundamental que haja maiores discussões sobre o problema apresentado. A própria sociedade necessita entender os novos parâmetros trazidos pelos preceitos antipsiquiátricos que objetivam tratar o indivíduo como um cidadão e não como um ser subalterno dependente de exclusão. Desse modo, a dimensão sociocultural é um dos campos de maior relevância neste assunto, uma vez que o envolvimento de toda a população no debate sobre a violência praticada pelo poder punitivo e pela psiquiatria é indispensável, fundamentalmente, para que ocorra uma efetiva alteração na cultura punitiva que permeia a questão no país.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. 3. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 1995.

ANITUA, Gabriel Ignacio. História dos pensamentos criminológicos. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

ANTUNES, Maria João. Medida de Segurança de Internamento e Facto de Inimputável em Razão da Anomalia Psíquica. Coimbra: Coimbra Editora, 2002.

ANDRADE, Vera Regina de. Dogmática e Sistema penal: em busca da segurança jurídica prometida. 1994. 501 f. Tese (Doutorado em Direito) – Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

BARATTA, Alessandro. Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal. 3. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

BASAGLIA, Franco. Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 3. ed. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BATISTA, Vera Malaguti. Introdução Crítica à Criminologia Brasileira. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

CARVALHO, Salo de. Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. Antimanual de Criminologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

CASTRO, Lola Aniyar de. Criminologia da reação social. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense. 1983.

FOUCAULT, Michel. O Poder Psiquiátrico. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes. 2012.

_____. A história da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Editora Perspectiva, 1978.

_____. Obrar Mal, Decir La Verdad. la función de la confesión en la justicia. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. 2014.

_____. Segurança, Território e População. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

LYRA, Roberto. Novíssimas Escolas Penais. Rio de Janeiro: Editora Borsoi, 1956.

_____. Direito Penal Científico (Criminologia). 2. ed. Rio de Janeiro: Konfino Editor, 1977.

RAUTER, Cristina. Criminologia e Subjetividade no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

SOUTO, Ronya Soares de Brito e. Da Criminalização da Doença aos Limites do Poder de Punir. In: CARVALHO, Salo de. Crítica à execução penal. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

SZASZ, Thomas S. A Fabricação da Loucura. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

_____. O mito da doença mental. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem. 2. ed. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1980.

SHECAIRA, Sérgio Salomão. Criminologia. 5. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

ZAFFARONI, Eugênio Raúl. A palavra dos mortos Conferências de Criminologia Cautelar. São Paulo: Saraiva, 2012.