

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
DEPARTAMENTO DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO - PRODIR

**POTENCIALIDADES DA JUSTIÇA RESTAURATIVA
PARA A INSTAURAÇÃO DE UMA NOVA LÓGICA NA
CUSTÓDIA PSQUIÁTRICO-PENAL: REFLEXÕES A
PARTIR DE PESQUISA EMPÍRICA NA UNIDADE DE
CUSTÓDIA PSQUIÁTRICA DE SERGIPE**

GABRIELA SILVA PAIXÃO

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
DEPARTAMENTO DE DIREITO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO - PRODIR

**POTENCIALIDADES DA JUSTIÇA RESTAURATIVA
PARA A INSTAURAÇÃO DE UMA NOVA LÓGICA NA
CUSTÓDIA PSQUIÁTRICO-PENAL: REFLEXÕES A
PARTIR DE PESQUISA EMPÍRICA NA UNIDADE DE
CUSTÓDIA PSQUIÁTRICA DE SERGIPE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Sergipe como exigência parcial para a obtenção do título de Mestra, sob orientação da Prof. Dra. Daniela Carvalho Almeida da Costa.

GABRIELA SILVA PAIXÃO

SÃO CRISTÓVÃO/SE
2023

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

P149p	Paixão, Gabriela Silva Potencialidades da justiça restaurativa para a instauração de uma nova lógica na custódia psiquiátrico-penal : reflexões a partir da pesquisa empírica na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe / Gabriela Silva Paixão ; orientadora Daniela Carvalho Almeida da Costa. – São Cristóvão, SE, 2023. 149 f. Dissertação (mestrado em Direito) – Universidade Federal de Sergipe, 2023. 1. Direito penal. 2. Justiça restaurativa. 3. Hospitais psiquiátricos -Sergipe. 4. Doentes mentais – Medidas de segurança e detenção. 5. Pena (Direito). I. Costa, Daniela Carvalho Almeida da, orient. II. Título. CDU 343.28/.29:616.89(813.7)
-------	---

Aos internos da Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe.

AGRADECIMENTOS

O processo do mestrado não é fácil. Ouvi mais de uma vez sobre o que me aguardaria e como me sentiria ao longo dele. Era tudo verdade, mas não deixa de ter valido a pena.

E, nessa estrada tortuosa, uma das coisas que mais me sustentou foi saber que eu não estava sozinha, mesmo quando eu achei que estivesse. Crer em Deus é consolador. Agradeço a ele pelo dom da vida e por essa experiência que tanto me fez crescer. Agradeço também a minha mãe Yemanjá, pela força quando eu achei que poderia desabar, me ensinando que a fluidez das águas nos leva aos lugares em que precisamos estar.

Agradeço aos meus pais, Suzi e Beto, por sempre darem as condições para que eu realizasse meus sonhos, e torcendo para que eu fosse feliz nas minhas escolhas. As nossas diferenças não são nada diante do amor que nos une. Vocês são minha fortaleza em vida.

Agradeço ao meu irmão Victor pela proteção e conselhos de sempre. Nosso laço é eterno. E agradeço à minha cunhada Albinha, pela alegria e leveza.

Agradeço a toda minha família, nas pessoas de meus avós, tios e primos, pelo amor e companheirismo. Em especial à Mila, por ser a irmã que nunca tive, me entendendo como ninguém e me dando dicas preciosas nesse percurso acadêmico.

Agradeço aos meus amigos, minhas alegrias. Compartilhar os sabores e dissabores desse processo tornou a vida mais leve. Melhor ainda quando a comédia encontra espaço para florescer. Em especial agradeço a Ju e Mari, minhas pessoas nesse mundo.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, por compreenderem a dificuldade que é conciliar o mestrado com a vida profissional. Em especial aos meus chefes Hamilton e Luciana, por me proporcionarem meios de concluir esta etapa.

Agradeço à Telma, por ser a escuta mais atenta de todo esse processo.

Agradeço aos colegas de mestrado, pelas partilhas nesses dois anos, em especial à Andressa.

Agradeço à minha orientadora Daniela pelas valiosas lições ao longo dessa caminhada. Admiro muito seus conhecimentos e sua visão de mundo.

Agradeço a toda a equipe da UCP/SE que me acolheu durante os três meses de pesquisa de campo, em especial às estagiárias Raíssa e Myrlah. O trabalho difícil de todos vocês merece ser reconhecido.

Por fim, agradeço aos internos da UCP/SE, para quem este trabalho é dedicado.

Aos pacientes psiquiátricos Brasil afora: eu sonho com o dia em que todos os manicômios serão fechados.

“Bença, mãe, tô precisando de alegria na minha vida para sobreviver a isso aqui”
(Diálogo entre um interno da UCP/SE e sua mãe)

“Para os pesquisadores em Ciências Sociais é importante perceber que a razão não nos
protege do absurdo. Ao contrário, pode nos levar diretamente para ele”
(Álvaro Pires)

RESUMO

A permanência do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no sistema de justiça criminal desafia a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica implementadas há décadas no Brasil. O redirecionamento das práticas terapêuticas para o meio aberto e comunitário, e a vedação à internação de pacientes em instituições asilares, são regras que não alcançam os inimputáveis por doença mental submetidos à medida de segurança detentiva. A lógica de que o delito é expressão do perigo que ronda esses sujeitos autoriza a segregação em espaço ambíguo, o qual une características prisionais e manicomiais. E, portanto, a sanção penal caracteriza-se pela aflitividade inerente ao paradigma retributivo consolidado pela racionalidade penal moderna. Diante das inquietações que surgem desse cenário, objetivou-se investigar as potencialidades da Justiça Restaurativa para a instauração de uma nova lógica de gestão do conflito na custódia psiquiátrico-penal. Os questionamentos foram direcionados à possibilidade de diálogo entre os valores e princípios restaurativos e o campo específico do sofrimento psíquico em conflito com a lei. Para tanto, realizou-se pesquisa teórica e empírica, a partir da revisão de literatura especializada sobre o tema, e a coleta de dados documentais em conjunto com observação participante na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe. Concluiu-se, por meio da análise de trabalhos internacionais, que é possível a aplicação de práticas restaurativas no âmbito dos denominados hospitais psiquiátricos forenses, a exemplo de conferências entre vítima-ofensor e de círculos de suporte e responsabilização, a partir da consideração das peculiaridades que envolvem a saúde mental dos envolvidos e a natureza do conflito.

Palavras-chave: Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Reforma psiquiátrica. Medida de segurança. Racionalidade penal moderna. Justiça Restaurativa.

ABSTRACT

The persistence of Forensic Mental Health Setting and its treatment in the Criminal Justice system defies the anti-asylum movement, as well as the psychiatric restoration that was brought up decades ago in Brazil. Redirecting therapeutic practice to a communal environment and banning the interdiction of patients in asylums are rules that do not reach those subjected to custody through security measures. The line of thought that views criminal offense as an expression of risk justifies this segregation in a dubious space, which unifies a prison and a hospital. Therefore, criminal response comes through torment, which is inherent to the retributive model established by modern criminal rationality. With the distress that this scenario arises, the objective is to investigate the potential of Restorative Justice to setting up a new logic of conflict management in psychiatric custody. The questions are directed towards the possibility of dialogue between restoration's principles and values and the specific field of psychiatric suffering of those who are in conflict with the legal system. As such, the research will be both theoretical and empirical, through bibliographic review and document analysis, as well as active observation in Sergipe's Forensic Mental Health Setting. In conclusion, through the review of foreigner papers, we acknowledged that it is possible to apply restorative practices in forensic mental unities, such as contact between victim and offender and circles of support and accountability, regarding the particularities that involves this field.

Keywords: Forensic Mental Health Setting. Psychiatric reform. Security measures. Modern penal rationality. Restorative Justice.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.....	15
2.1	O que é a loucura? Notas sobre o surgimento da psiquiatria.....	16
2.2	Interlocução entre direito criminal e psiquiatria: surge o manicômio judiciário...	24
2.3	As amarras da periculosidade presumida.....	32
2.4	Medida de segurança detentiva e suas normas: a pena com outro nome.....	35
2.5	A custódia psiquiátrico-penal no Brasil: muitas vidas, poucos números.....	40
3	OS IMPACTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	44
3.1	Transformações e rupturas: o movimento global de reforma psiquiátrica.....	45
3.2	Novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil: reforma para quem?.....	51
3.3	Programas de atenção ao paciente judiciário: possíveis soluções às exclusões.....	57
4	PESQUISA EMPÍRICA NA UNIDADE DE CUSTÓDIA PSIQUIÁTRICA DE SERGIPE: QUE LUGAR É ESSE?.....	67
4.1	Aspectos metodológicos da pesquisa empírica.....	67
4.2	Prédios, processos e pessoas: a rotina da Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe.....	71
4.3	Perfil dos internos com medida de segurança detentiva.....	85
4.4	Muito tempo para mudar, pouca vontade de agir: o que a reforma psiquiátrica alterou?.....	88
5	DIÁLOGOS ENTRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO E A JUSTIÇA RESTAURATIVA: A BUSCA POR UMA ALTERNATIVA AO PARADIGMA RETRIBUTIVO.....	93
5.1	A Racionalidade Penal Moderna: um obstáculo epistemológico.....	94
5.2	Justiça Restaurativa como paradigma alternativo na gestão do conflito: valores e princípios.....	100
5.3	Práticas restaurativas na criminalização do sofrimento psíquico: o que nos ensina os exemplos internacionais?.....	106
5.4	As reuniões de matriciamento como estratégia para a progressiva inserção de práticas restaurativas na UCP/SE.....	120
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
	REFERÊNCIAS.....	127
	ANEXO 1.....	137

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNDH – Conselho Nacional de Direitos Humanos

CNJ – Conselho Nacional de Justiça

CNPCP – Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária

CP - Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional

DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental

ECTP – Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

EJA- Educação de Jovens e Adultos

ENCCEJA – Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos

PTS – Projeto Terapêutico Singular

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

JR – Justiça Restaurativa

LEP – Lei de Execução Penal

MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

PAILI – Programa de Atenção ao Louco-Infrator

PAIPJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RPM – Racionalidade Penal Moderna

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos

STJ – Superior Tribunal de Justiça

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

UCP – Unidade de Custódia Psiquiátrica

1 INTRODUÇÃO

O sistema de justiça criminal brasileiro reserva aos inimputáveis por doença mental um espaço específico de segregação denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Local este destinado à execução das medidas de segurança detentivas, e conhecido por sua ambiguidade, ao mesclar características manicomiais e prisionais em pleno século XXI.

A permanência dessa instituição, passados mais de vinte anos da vigência da lei nº 10.216/2001, e de suas propostas desinstitucionalizantes, mostra-se contraditória. A psiquiatria contemporânea (e de base comunitária) pressupõe o tratamento do portador de sofrimento psíquico prioritariamente em meio aberto. Nesse sentido, a internação é medida excepcional, deve ser precedida de laudo médico consubstanciado e jamais pode ser realizada em ambiente asilar. A luta antimanicomial travada desde a década de oitenta sedimentou o entendimento de que o usuário da assistência em saúde mental deve ser protagonista de seu tratamento, o qual deve preservar os laços sociais e a autonomia do sujeito em busca de uma existência digna.

Em contrapartida, observa-se que o cenário jurídico não se curvou totalmente a essas novas percepções. O HCTP, em âmbito nacional, ainda existe e segrega inúmeras existências vulnerabilizadas pelo sofrimento psíquico em conflito com a lei. Apesar da vedação legal ao tratamento discriminatório entre os pacientes psiquiátricos, os que cometem atos tipificados como crimes são postos em categoria distinta e a eles reservado tratamento segregacionista, sob o fundamento da periculosidade e da necessidade de punição.

Conclui-se que a resposta aflitiva do Estado aos inimputáveis por doença mental encontra suas bases epistemológicas na teoria da racionalidade penal moderna (RPM). Apesar de a medida de segurança distinguir-se da tradicional pena privativa de liberdade, não deixa de ser uma sanção materialmente penal aplicada como solução ao conflito entre as partes. A reafirmação da norma abstrata de comportamento, e a consequente legitimação do sistema, perpassa a obrigatória imposição de uma punição/sofrimento ao sujeito que viola o pacto social. E isso serve tanto aos imputáveis quanto aos inimputáveis, ainda que esses últimos não sejam considerados, a rigor, culpados.

Com isso, a indissociabilidade criada entre a RPM e a resposta estatal ao conflito edifica um verdadeiro obstáculo à implementação de mudanças institucionais no cenário descrito, a exemplo de políticas públicas de desencarceramento, inclusive na custódia psiquiátrico-penal. Mesmo que a psiquiatria, com amparo legislativo, não mais legitime

espaços como o HCTP, a marca indelével do delito na vida do sujeito o faz refém da lógica punitivista e da permanência desse tipo de espaço no ordenamento jurídico.

O paradigma retributivo em voga, então, engessa a efetiva aplicação da reforma psiquiátrica no campo de entrelaçamento da psiquiatria e do direito criminal. E, ao se pensar, a partir do marco criminológico crítico, em meios alternativos para a superação desse entrave epistemológico surge a Justiça Restaurativa (JR) como possível solução.

O problema que ressurte a partir da aplicação dessa nova lente sob o conflito diz respeito à possibilidade de diálogo de alguns de seus princípios e valores, a exemplo da voluntariedade e do senso de autorresponsabilidade, no campo do sofrimento psíquico. O objetivo, então, é investigar a potencialidade desse movimento alternativo na efetiva incursão da reforma psiquiátrica no sistema de justiça criminal e, com isso, repensar a existência e permanência do HCTP em todo o país.

Para tanto, o presente trabalho dividir-se-á em quatro partes. No primeiro capítulo será feita uma breve reconstrução histórica do surgimento e consolidação do HCTP no sistema de justiça criminal brasileiro, bem como dos conceitos e institutos que povoam o universo da custódia psiquiátrico-penal. Já no segundo capítulo, pretende-se descrever as mudanças implementadas pela reforma psiquiátrica, a partir das novas concepções acerca do sofrimento psíquico trazidas pela luta antimanicomial e pelo novo modelo de assistência em saúde mental.

Diante das inquietações causadas por essas constatações teóricas, objetiva-se, no terceiro capítulo, descrever as conclusões da pesquisa empírica realizada na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe (UCP/SE), de forma a investigar, em campo, as contradições existentes nesse universo e o efetivo alcance da reforma psiquiátrica nas práticas institucionais e na percepção dos sujeitos envolvidos com a rotina da instituição.

Ao fim, o trabalho trará capítulo destinado à investigação da racionalidade penal moderna como obstáculo epistemológico à superação do modelo retributivo de gestão do conflito. A partir disso, abordará a JR como alternativa paradigmática à aplicação de medidas aflitivas ao portador de sofrimento psíquico em conflito com a lei. O objetivo é analisar as potencialidades dos valores e princípios restaurativos no campo da saúde mental. E, diante da falta de relatos nacionais robustos sobre o tema, utilizar-se-á de trabalhos internacionais sobre o tema.

A metodologia aplicada para a confecção do presente trabalho consiste na revisão de literatura especializada, por meio de acesso à bibliografia e coleta de dados legislativos e jurisprudenciais. Outrossim, a pesquisa empírica junto à UCP/SE consistiu em

exploração de base etnográfica e sociojurídica, a qual se utilizou das técnicas de observação participante, com a confecção de diário de campo, e da análise de documentos que compõem a custódia dos pacientes psiquiátricos naquele setor, em abordagem de interpretação de dados eminentemente qualitativa.

2 O HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) é, atualmente, o local por excelência de reclusão da loucura criminoso¹. Enquanto a reforma psiquiátrica trouxe, a rigor, a exclusão dos manicômios tradicionais em nosso país, a medida de segurança detentiva ainda promove a segregação de sujeitos portadores de sofrimento psíquico em asilos assemelhados a prisões. Em Sergipe, não é diferente.

Para compreender a permanência desse local ambivalente é importante revisitar o surgimento dos próprios saberes sobre a loucura, tendo em vista que serão eles os responsáveis pela validação das atuais decisões acerca do destino dessa categoria muito específica de sujeito.

Então, o surgimento da psiquiatria e a posterior interlocução dessa categoria médica com o sistema criminal permitirá desvendar a naturalização das medidas de segurança adotadas quando se está diante da inimputabilidade por doença mental. A confecção de um indivíduo aprioristicamente perigoso, porque portador de desvio moral, autorizará a imposição de restrição de sua liberdade como forma de proteger a sociedade de todo mal que ele anuncia e que poderá voltar a cometer. Mesmo que, para isso, toda uma série de malabarismos teóricos devam ser feitos.

Nesse sentido, o presente capítulo será dividido em cinco subtópicos. O primeiro trará o arcabouço teórico que compõe o surgimento da psiquiatria enquanto especialidade médica legitimada ao tratamento do sofrimento psíquico. O segundo identificará o momento histórico de interlocução entre esse saber médico e o direito criminal, de forma a construir o manicômio judiciário como resposta à existência de agentes inimputáveis e que cometem atos tipificados como crimes. O terceiro subtópico pretende analisar o instituto da periculosidade presumida como fundamento para a aplicação da medida de segurança e segregação desses indivíduos. No quarto subtópico, será a própria medida de segurança a ser destrinchada, as normas que compõem sua aplicação e execução no direito criminal brasileiro. E, por fim, o quinto subtópico desvelará a deficiência de dados estatísticos acerca da custódia psiquiátrico-penal no Brasil, de modo a demonstrar o cenário de invisibilidades no HTCP.

¹A escolha do termo, defasado pelo tempo e pelas novas percepções dada ao sofrimento psíquico, é proposital. O substantivo eleito para designar o tema estudado variará de acordo com a perspectiva histórica que se está analisando, de modo a permitir uma melhor ambientação do leitor à época e às suas percepções. Contudo, importante ressaltar a carga estigmatizante que termos como “louco”, “anormal”, “doente mental”, “criminoso”, dentre outros, carregam. Essa observação, portanto, não deve fugir à atenção de um trabalho que se propõe crítico e contestador da ordem vigente.

2.1 O que é a loucura? Notas sobre o surgimento da psiquiatria

Para compreender a existência, e posterior permanência, de uma instituição como o HCTP, é preciso, primeiro, analisar o surgimento e estabelecimento da psiquiatria, mais especificamente de seu objeto de estudo e controle: a loucura.

Enquanto dado cultural (e não natural), a loucura faz parte da experiência de afirmação de um discurso moral em voga no mundo há mais de três séculos (BIRMAN, 1978, p. 18). Nesse sentido, a análise da contemporânea percepção do sofrimento psíquico, especialmente da problemática que envolve o campo da interseção com o direito criminal, deve perpassar uma breve reconstrução histórica dessa categoria médica.

Para tanto, os importantes escritos de Foucault (2014a) acerca da genealogia do saber-poder psiquiátrico na sociedade ocidental nos auxiliarão na compreensão do percurso que propiciou o surgimento do próprio HCTP². Ao fim, busca-se entender como a dominação sobre o corpo de um indivíduo, que não se alinhava às expectativas de comportamento de determinada época, associou-se muito particularmente a um saber detentor da verdade científica sobre essa experiência humana e a todo um corpo técnico apto a definir os destinos dos que cruzavam seu caminho (FOUCAULT, 2014a, p. 7).

Essa reconstrução histórica, então, remonta a um processo segregatório iniciado ainda na Idade Média: o surto de lepra. Ao assolar o território europeu, a doença infecciosa demandou a criação dos denominados leprosários, locais onde os doentes, em meio a um temor que misturava ciência e misticismo religioso, eram apartados do resto da sociedade (FOUCAULT, 2014a, p. 6). Até este momento, pode-se pensar: o que há de problemático em uma ação de confinamento diante do surto de uma doença infecciosa? Levando-se em conta o grau de desenvolvimento da medicina à época, essa não seria uma atitude natural?

O problema, contudo, não está no ato de confinamento em si, mas na paulatina importância dada ao leproso, uma figura “insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar a sua volta um círculo sagrado” (FOUCAULT, 2014a, p. 6). Ele passa a ser um corpo que deve ser purificado, controlado, contido. E essa forma de gestão do diferente terá reflexos posteriores em outra figura social: o louco. O histórico jogo da exclusão social começa a se estabelecer a partir deste ponto.

²A expressão “saber-poder”, cunhada por Foucault, relaciona-se com o processo moderno de estabelecimento das ciências. O programa científico almejado tinha por finalidade validar o controle do indivíduo nos moldes propostos pelo advento do capitalismo, ou seja, pela “imbricação das práticas discursivas com os dispositivos de poder” (JARDIM, 2013 apud FOUCAULT, 2013, p. 10)

Mas, importante ressaltar, antes dessa virada epistemológica, a experiência da loucura estava ligada não à apropriação do destino do indivíduo, mas, pelo contrário, à sua libertação. Na Idade Média, as denominadas “naus dos loucos” eram responsáveis por transportar esses seres carregados de auras místicas pelos rios e canais da Europa. Escorraçados pelos seus conterrâneos, viviam uma vida errante, flutuando de cidade em cidade, de muro a muro, como em um ritual de peregrinação e purificação que, inclusive, fazia parte do sentido religioso atribuído a essa figura (FOUCAULT, 2014a, p. 9-10; 21). É que, tal qual se fazia com a mendicância, a moral religiosa da época era tendenciosa a exaltar os “sofredores” como representantes dos desejos divinos de purificação e libertação da vida carnal levada pelo homem.

Não era, portanto, o mesmo modo de proceder com os leprosos. Os loucos, apesar de representarem o diferente, não eram confinados e tratados. Será apenas a partir do período renascentista que a loucura passará a associar-se ao vício, a uma espécie de fraqueza humana, a aspectos de ordem eminentemente negativa. Deixa de ser uma manifestação cósmica para uma característica carnal, a qual espreita o homem a todo momento (FOUCAULT, 2014a, p. 23-24). Agora, qualquer um pode contaminar-se desse mal, ninguém está imune, e o louco não é mais um enviado divino, mas começa a se aproximar de uma verdadeira falha humana.

A loucura entra no cotidiano da vida, ainda que seja a partir da estigmatização do sujeito. Ela se desvencilhará do misticismo para adentrar os campos da razão (ou da ausência dela, nesse caso).

Erasmus de Rotterdam (2012), apesar de assumir uma postura crítica em relação ao papel atribuído à loucura pela sociedade de sua época, já transparecia essa mudança de perspectiva. Quando o autor afirmava que “essa loucura gera as cidades; nela se baseiam os governos, as magistraturas, a religião, as assembleias, os tribunais. A vida humana nada mais é do que um brinquedo da loucura” (2012, p. 39), denunciava a crescente relação desse tema com o cotidiano, a possibilidade de seu acontecimento em mais de uma esfera do pacto social. Afinal, a “loucura é propriedade de todos os homens” (ROTTERDAM, 2012, p. 104).

E é neste ponto, a partir do século XV, que a questão estará associada à moral, em um relacionamento que persiste até os dias atuais. Na verdade, pode-se dizer que é a premissa que sustenta todo o arcabouço da psiquiatria clássica³. A sátira moral atingirá a

³A utilização do termo psiquiatria clássica justifica-se para diferenciá-la das novas práticas médicas inauguradas, principalmente, pela luta antimanicomial. Como será visto em tópico específico, os

figura da nau dos loucos, a qual se tornará um reduto de “avaros, delatores e bêbados”, todos aqueles indesejados socialmente (FOUCAULT, 2014a, p. 25).

Claro que isso não se configurou como uma mudança repentina, mas de forma paulatina ao longo dos séculos, e é a importância de se fazer essa arqueologia, essa visão vertical de reinterpretação da identificação da loucura como doença mental que possibilitará uma melhor compreensão dos mecanismos de manutenção do HCTP, mesmo após a reforma psiquiátrica (FOUCAULT, 2014a, p. 29)⁴.

A questão é que, agora, instala-se a visão da loucura enquanto um defeito humano, o qual advém da ausência de razão. Portanto, esse conceito apenas terá sentido no campo de uma racionalidade delimitadora (FOUCAULT, 2014a, p. 27-33).

Neste ponto, deve-se abrir um parêntese para falar sobre o contexto histórico de afirmação da racionalidade como medida de todas as coisas e a consequente centralização da figura humana nos domínios do conhecimento. Fator primordial para a compreensão de que a produção de novos saberes será guiada sempre por essa classe de conceitos. Além disso, a figura do sujeito racional passa a ser o modelo de normalidade perseguido, e qualquer situação que se distancie disso será considerada como fora do domínio da humanidade e da proteção dispensada a ela. O diferente será, portanto, o anormal.

Assim, é a associação da razão como capacidade de raciocínio que permite ao ser humano acessar o conhecimento aprioristicamente, independentemente da experiência. Nesse campo o homem terá acesso às verdades incontestáveis (KANT, 2001, p. 67; 79). O objetivo da ciência se tornou, portanto, atingir uma universalidade e um método infalível que se estenderia a tudo que existe no mundo material (DESCARTES, 1996, p. 12-14). A importância da secularização do conhecimento no desenvolvimento das ciências é inegável, entretanto não pode ser um dado apartado de uma análise crítica⁵.

mecanismos clássicos dessa especialidade médica tornaram-se defasados pelas novas perspectivas sobre o sofrimento psíquico inauguradas pela reforma psiquiátrica.

⁴Importante ressaltar que a reconstrução histórica, essa genealogia do poder psiquiátrico, não deve ser associada à ideia de progresso ou desenvolvimento, mas de constatação de fatos (FOUCAULT, 2014, p. 124-125). O objetivo desse tipo de pesquisa é demonstrar como práticas sociais são responsáveis pela criação de fontes de saber e, com elas, novos tipos de sujeitos, objetos e técnicas de manutenção do poder e controle se estabelecem (FOUCAULT, 2013, p. 18). A tendência a relacionar história com progresso acaba por mascarar sistemas violentos de poder incrustados no cotidiano.

⁵A construção da modernidade foi influenciada pelo contexto econômico. Assim, tornou-se inevitável a associação entre conhecimento e progresso. O advento da razão como meio de atingimento da verdade não pode ser dissociado dos meios de produção e de organização social. E, com isso, as críticas à modernidade empreendidas por autores como Touraine e Habermas partem justamente dessa necessária e questionável conjugação do reconhecimento (e proteção) da existência humana pela noção de produtividade (TOURAINÉ, 1992, p. 9-10; HABERMAS, 1998, p. 13-15).

Ao fim, o louco, essa experiência humana desarrazoada, será tido como um objeto de intervenção e não como um fim em si mesmo. A ele não servirá o imperativo categórico kantiano, e a sua existência será negada por uma suposta ausência de pensamento. Ele é o oposto da modernidade: o retrocesso.

Na virada epistemológica operada pela ascensão da razão, observa-se que o método social destinado ao gerenciamento da loucura mudará. Não haverá mais a nau, o embarque errante e a libertação, mas a urgência pela apropriação e controle. Surge a necessidade de construção de um espaço reservado, propício ao asilamento desses indivíduos. Para Foucault, “o internamento é a sequência do embarque” (2014a, p. 43).

Nesse sentido, a partir do século XVII, o movimento denominado de grande internamento foi responsável por preceder a construção dos denominados asilos ou hospitais psiquiátricos. Nas “workhouses” era segregada toda a existência negada socialmente e condenada a trabalhos forçados: pobres, desempregados, prostitutas, e também os insanos. O interessante é que as estruturas físicas que correspondiam as essas casas de correição eram, muitas delas, oriundas dos antigos leprosários da Idade Média (FOUCAULT, 2014a, p. 48; 52). Assim, os mesmos muros criados como medida sanitária preventiva passaram a ser instrumento de contenção disciplinar inspirada na moral ditada pela época.

E a existência desses espaços específicos deve-se à soma de fatores caracterizada pelo advento da racionalidade moderna em conjunto com as reformas protestantes empreendidas. A nova visão religiosa de mundo não se restringia aos espaços eclesiásticos, mas tinha nítida influência na vida econômica e administrativa das cidades. Desse modo, a paulatina substituição de uma moral católica associada à sensibilidade e edificação da miséria e da caritatividade, para a exaltação do labor e do acúmulo de capital como formas de se aproximar dos desígnios divinos, teve papel crucial na prática do grande internamento. Aqueles indivíduos que, em regra, não poderiam contribuir para o novo funcionamento da cidade, para a nova ética do trabalho e do capitalismo emergente, deveriam ser segregados. E o problema, então, passa a ser de ordem e de polícia (FOUCAULT, 2014a, p. 56; 63).

A correlação entre mudança político-econômica e surgimento de saberes não é coincidência. A primeira condiciona o segundo, além de definir seus sujeitos de conhecimento. A verdade cunhada nas ciências acaba sendo a própria

representação/reprodução do contexto social externo e de suas estruturas organizacionais (FOUCAULT, 2013, p. 34). Poder e saber não mais podem ser dissociados⁶.

Assim, no caso da psiquiatria, o tipo de ordenação da sociedade industrial nascente requeria uma intervenção médica nos sujeitos que não podiam, a rigor, produzir. Como resposta, tem-se a produção do conceito de alienação mental e, por consequência, a justificativa para a remoção de um obstáculo humano ao pleno convívio social (BIRMAN, 1978, p. 238-239). Conclui-se que essa especialidade médica surge amparada em objetivos estatais muito definidos, para além do objetivo de “cura”.

Ressalte-se que, aqui, pode-se começar a falar do que Goffman (2015) cunhou como instituição total. Local que se fecha para o mundo externo e cria dentro dele uma realidade paralela de completa reprodução das relações humanas e aspectos de vida do sujeito. O ponto é que a totalidade, representada pela barreira social promovida, homogeneíza o tratamento dispensado lá dentro e coloca no mesmo plano de existência sujeitos que de alguma forma compartilham pontos de exclusão lá fora. Anulam-se as diferenças para que melhor sejam geridos os corpos e suas rotinas, e as atividades são comandadas por um corpo técnico de funcionários sob a égide de regras rígidas (GOFFMAN, 2015, p. 16-18). Ao fim, um modelo de estruturação de inúmeras instituições que fazem parte da sociedade moderna ocidental: escolas, conventos, prisões, hospitais e, em última análise, os manicômios.

Portanto, a loucura, antes de adquirir um sentido precipuamente médico e de cura, possui um histórico de inter-relação com a moral e a disciplina. Características que, ao longo dos séculos, não foram totalmente dissociadas desse espaço⁷. A segregação tinha por origem a preocupação com a mão-de-obra, com a produção e com o acúmulo de capital. Qualquer coisa que destoasse disso, que representasse a miséria, deveria ser escondida por conveniência política (FOUCAULT, 2014a, p. 70; BIRMAN, 1978, p. 240).

Ocorre que “o internamento não representou apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização” (FOUCAULT, 2014a, p. 83). Assim, dentro das *workhouses*, havia uma gradação dos indivíduos conforme a sua

⁶Para Foucault, “o poder produz; ele produz realidade; produz campos de objetos e rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento que dele se pode ter se originam nessa produção” (2014b, p. 189).

⁷O escopo do presente trabalho é a reconstrução histórica do entrelaçamento entre a psiquiatria e o direito criminal. Portanto, insere-se no campo de uma análise sociojurídica do sofrimento psíquico e de seu tratamento. Não se desconsideram, contudo, as matrizes biológicas dos diagnósticos e prescrições, os quais estão em constante evolução pela ciência médica.

possibilidade de adequação às regras morais vigentes. É neste espaço interno de ordenação que o sujeito louco será negativamente destacado dos demais e o conceito de alienação mental produzido. Nesse momento surge, de fato, a psiquiatria.

A associação entre o fenômeno da loucura com a alienação mental, apesar de parecer uma conclusão natural, é, ao fim, uma reprodução histórica de práticas sociais. As particularidades da nova ciência psiquiátrica, especialmente a de atentar-se à descrição das doenças por meio de atos, palavras e comportamentos do sujeito, são um reflexo dessa constatação (BIRMAN, 1978, p. 4). O resultado é a justaposição de conceitos médicos e morais, com os últimos tendo papel de destaque nos mecanismos de controle (FOUCAULT, 2014a, p. 117). É que a loucura é doença, mas é doença diferente (MACHADO, 1978, p. 375).

Nesse sentido, o método curativo propagado pela psiquiatria clássica é essencialmente moral e condicionado ao asilamento. Pensar uma outra solução vai de encontro à sua própria essência. A criação de um espaço social específico de contenção do louco satisfaz os anseios de uma especialidade médica que surgiu mesmo para controlar paixões e excessos (BRIMAN, 1978, p. 224). A vigilância dos costumes adquiriu um novo membro vitalício e uma lógica que levou anos para ser contestada.

A interpretação que esse saber-poder dá à alienação mental condiciona a escolha histórica pela reclusão do sujeito em um hospital. A alteração do destino da pessoa pela incidência do poder psiquiátrico não é a resposta à constatação da doença nele, mas a pergunta que se faz para ter como resposta que, de fato, ali está um louco. Dentro da instituição, no processo de hospitalização, é que se reconhece o objeto, e nisso há uma completa inversão lógica do método científico tradicional (GOFFMAN, 2015, p. 112-113). Não sem surpresa, “às vezes se pensa que a equipe psiquiátrica não descobre se você está doente ou não, mas faz com que você fique doente” (GOFFMAN, 2015, p. 132).

A apropriação da verdade da loucura pela psiquiatria emergente representa uma inversão na ordem de valores que usualmente compõem um saber dito científico. Ao invés de a observação das imagens do objeto estudado vir a formar uma síntese do que é este objeto, a percepção das imagens da loucura no mundo social virá depois da já consolidada síntese de verdade construída sobre ela: um mal que se deve evitar e conter. Então, os sintomas da nova doença mental são nada mais do que um atesto do que já se sabe, em uma espiral de retroalimentação que impede qualquer discussão fora dessa caixa compartimentalizada (FOUCAULT, 2014a, p. 277).

Antes se é louco. Qualquer ação do indivíduo apenas irá atestar esse diagnóstico precedente. Portanto, fica muito mais fácil incluir qualquer tipo de comportamento tido por desviante no plano da doença mental, e muito mais difícil para o agente se desvencilhar dessas amarras. Pois, “a interpretação sociológica mais simples do indivíduo e do seu eu é que ele é, para si mesmo, aquilo que seu lugar numa organização o define que seja” (GOFFMAN, 2015, p. 258).

Ainda sobre essa perspectiva:

[...] desde o início, a psiquiatria apresenta uma tensão entre a exigência de integrar a loucura ao mesmo esquema de racionalidade do pensamento médico e a necessidade de reconhecer sua originalidade com relação às outras doenças, na medida em que suas características não se prestam facilmente a esta assimilação ao mundo do patológico (MACHADO, 1978, p. 385).

Observa-se, portanto, que se partiu de uma experiência homogênea de internamento nas *workhouses* para a progressiva diferenciação interna e categorização médica dos loucos. Além disso, nesta época, para ser psiquiatra requeria-se mais uma habilidade para manipulação desse sistema de poder que de fato um conhecimento originário sobre o que seria alienação mental (BIRMAN, 1978, p. 383).

A complexidade que envolve a razão e a ausência dela no campo da loucura faz com que sua própria definição entre em uma zona nebulosa, e a consequente categorização médica da doença mental passe por cima disso. A intervenção médica será autorizada nesse campo porque se possibilitou o adoecimento da moralidade (BIRMAN, 1978, p. 131-132). Além disso, o contexto histórico permitiu a criação de uma verdadeira “economia de mecanismo de poder” de modo a integrá-lo aos custos da produção (FOUCAULT, 2010, p. 74).

Assim, a psiquiatria chega no século XVIII como o único saber legitimado a decidir o destino dessa figura, antes mística, agora moralmente imprópria. O grande internamento se dissolve, e os demais reclusos conseguem se desvencilhar, de alguma forma, da clausura (mesmo que a segregação permaneça por outros meios sociais).

Contudo, com o louco o movimento é diferente. Em determinado momento sua existência foi destacada das dos demais, e ele não mais consegue escapar dessa internação. Ela ainda é a única resposta para sua condição, acrescida das particularidades trazidas por uma assistência médica agora especializada (FOUCAULT, 2014a, p. 415). A internação mantém seu *status* originário de higienização da sociedade e será o método curativo mais difundido ao longo dos anos, até que sobrevenha uma revolução na percepção do sofrimento psíquico (BIRMAN, 1978, p. 258).

Até agora as perspectivas de surgimento da psiquiatria e dos manicômios teve matriz global, mas é importante ressaltar que o percurso nacional não destoou dessa realidade. A exceção está, apenas, nas diferenças cronológicas justificadas pelo afastamento do Brasil dos centros internacionais de produção econômica e científica.

Enquanto no século XVIII a Europa já tinha uma assistência médica generalizada e estruturada, pós grande internamento, esse modelo apenas começou a se estabelecer em nosso território no século XIX (MACHADO, 1978, p. 59). Antes disso, era a mesma lógica de segregação fundada na exclusão social e econômica, só que nos denominados Hospitais de Misericórdia. Eles representavam o assistencialismo da atividade hospitalar no Brasil, destinado mais à miséria que à doença em si (MACHADO, 1978, p. 67; 70-72).

Também aqui a lepra teve o papel de cunhar a noção de isolamento como método de tratamento e influenciou significativamente as práticas médicas e sociais. Contudo, o surto foi mais tardio, já no fim do século XVII e início do século XVIII (MACHADO, 1978, p. 73). A lógica, no entanto, será a mesma: “a formulação de um projeto de medicina social” (MACHADO, 1978, p. 74). O leproso também se torna ameaça latente para a comunidade, e as respostas dadas a essa situação também serão os precedentes para o surgimento e fixação da psiquiatria tradicional.

Nesse contexto, a criação do primeiro hospício no Brasil deu-se no Rio de Janeiro, em 1841 e com a autorização de Dom Pedro II. Esse é tido como o marco de surgimento da psiquiatria nacional (MACHADO, 1978, p. 375). Em movimento semelhante ao global, os Hospitais de Misericórdia já não ofereciam as condições necessárias para abrigar e tratar os loucos. Para os técnicos, já estava na hora de diferenciar um hospício de um hospital, e o primeiro deve ser o local exclusivo para a terapia psiquiátrica (MACHADO, 1978, p. 378; 429).

Observa-se que o processo de surgimento da psiquiatria na modernidade é caracterizado por rupturas de ordem social. Mas haverá um outro ponto de ruptura nesse percurso que será quando a loucura se cruzar com o crime. Nesse momento, se permitirá criar uma instituição caracterizada pela dupla exclusão e apartada do manicômio original: a destinada aos loucos criminosos.

A importância de reconstrução desse percurso originário da psiquiatria reside no reconhecimento da primeira (e sobrevivente) característica do HCTP dos dias atuais: ser um asilo para pacientes em sofrimento psíquico. Ele é controlado por um poder que não é apenas repressivo, mas produtivo de um conhecimento sobre a condição médica do

infrator inimputável. Será esse saber a condição de exercício para a disciplinarização do sujeito (FOUCAULT, 2010, p. 44-45). O outro lado da moeda dessa instituição advém do direito criminal, da delinquência retratada em um espaço muito específico de inimputabilidade que veremos a seguir.

2.2 Interlocução entre direito criminal e psiquiatria: surge o manicômio judiciário

A (breve) reconstrução teórica do surgimento da psiquiatria e do manicômio é essencial para compreender a posterior relação mantida entre essa área e o direito criminal. O que se passou ao longo do século XVIII sobre a loucura irá influenciar decisivamente os rumos que esse fenômeno tomará no entrelaçamento com o delito. Pois, já em meados do século XIX, o movimento de patologização do crime mudará a percepção do sistema de justiça acerca de um sujeito particular e, por consequência, de seu destino: o criminoso louco (ou melhor, o louco criminoso)⁸.

Importante ressaltar que desde suas origens o conceito de doença mental já se relaciona com o campo jurídico, especialmente porque a ideia de alienação sempre se opôs ao conceito moderno de sujeito de direito. Como o campo da razão não consegue, em tese, abarcar o desatino, “o homem se liberta de suas responsabilidades” (FOUCAULT, 2014a, p. 130). Mas essa libertação no campo jurídico, como visto, não irá representar total ausência de controle estatal. Pelo contrário, a primeira ferramenta utilizada será justamente a contenção e isolamento desse indivíduo irresponsável nos manicômios ou hospitais psiquiátricos.

A questão, contudo, é que sempre houve um aspecto de exclusão caracterizado pelo que Foucault (2010) chama de “princípio da porta-giratória”: quando entrava a loucura, o crime saía, e vice-versa. Historicamente, “a instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária” (FOUCAULT, 2010, p. 27).

E no percurso de desenvolvimento da psiquiatria, um tipo particular de doença mental começou a questionar esses limites, antes bem definidos, entre a razão e a ausência dela. E pode-se dizer que essas novas definições foram as precursoras da efetiva interlocução entre direito e psiquiatria pela criminologia do século XIX. A libertação de responsabilidade passa a ser colocada em xeque.

⁸Apesar de aparentemente os termos serem sinônimos, possuem, na prática, forças significantes bem distintas. Em determinado momento da história as ciências promovem uma interconexão entre o fenômeno da loucura e do crime, de modo que o último aparecerá como expressão do primeiro. Nesse sentido, torna-se mais recorrente catalogar parcela dos loucos como sempre criminosos, a partir da imposição da periculosidade sobre sua existência, do que concluir pela possibilidade de que às vezes um criminoso pode ser portador de um traço de loucura. O crime será, portanto, expressão recorrente da própria insanidade.

Na nosologia da “monomania sem delírio”, doença mental cunhada por Phillipe Pinel⁹, entendia-se que se estava diante de uma situação ambígua em que o sujeito, em vários aspectos, raciocinava perfeitamente e executava suas ações sociais em conformidade com as expectativas da comunidade, exceto por um detalhe. Em situações muito específicas, o indivíduo demonstrava descontrole excessivo e atitudes violentas, a chamar a atenção dos especialistas para a existência de um distúrbio mental antes insuspeito (HARRIS, 1993, p. 17; CARRARA, 1998, p. 72).

Nesse panorama, inclui-se a investigação de casos emblemáticos e que desafiavam a lógica. Assassínatos brutais cometidos por agentes que tiveram, ao longo da vida, um histórico social irretocável e que jamais levantaram suspeitas quanto à sua moral, ou mesmo seu estado mental¹⁰. Esse era, precisamente, um dos problemas que a justiça começava a enfrentar, pois “enquanto a maioria dos juristas da restauração considerava estes infratores a apoteose da criminalidade, os alienistas os viam como vítimas desafortunadas da doença” (HARRIS, 1993, p. 18).

Some-se a isso o crescimento de teorias como a da degeneração, cunhada por Bénédict Morel, a qual associava a loucura ao papel social desempenhado pelo indivíduo. Nela, a miséria torna-se o centro de produção do desvio mental e moral, ao alterar o temperamento do sujeito e influenciar seus atos sociais (FOUCAULT, 2014a, p. 375; CARRARA, 1998, p. 82). Nesse espaço de degenerescência, os comportamentos viciosos são justificados pela influência do ambiente em que se inseria o indivíduo. E, a partir daí, atos tidos por criminosos passaram a ser, muitas vezes, expressão de um desajuste orgânico do agente, e não mera exasperação de uma escolha. Seus atos passaram a ser tidos como condicionados e involuntários.

Assim, abre-se um leque problemático de poderes para a psiquiatria, pois ao “referir qualquer desvio, anomalia, retardo, a um estado de degeneração, vê que ela passa a ter uma possibilidade de ingerência indefinida nos comportamentos humanos” (FOUCAULT, 2010, p. 276).

Ambas as teorias descritas, apesar de terem pontos de contato, diferenciavam-se nos seguintes termos:

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

⁹ Médico fundador da psiquiatria moderna.

¹⁰ Ver os escritos de Foucault (1977) sobre Pierre Rivière.

E esse processo de paulatina inserção da reflexão médica sobre as práticas criminosas teve seu ápice com a antropologia criminal (CARRARA, 1998, p. 100). A partir de Cesare Lombroso e seu “homem delinquente”, as teorias científicas voltaram-se para a demonstração da existência de um “criminoso nato”. Nesse movimento positivista, as ações humanas passaram a ser consideradas biodeterminadas, especialmente aquelas contrárias às expectativas sociais. Diferentemente da monomania e da degeneração, a teoria sobre o atavismo constatava não uma patologia justificadora, mas a própria expressão de um subdesenvolvimento humano com origens no darwinismo social (CARRARA, 1998, p. 104)¹¹.

Agora, as causas do delito estão todas inseridas em explicações biológicas e psicológicas, que transformarão permanentemente o papel social do criminoso e as escolhas institucionais para seu controle (BARATTA, 2011, p. 38)

Na mesma linha de Lombroso, outros autores, como Garófalo e Ferri, se utilizaram de explicações deterministas para a complexidade que envolve o agir criminoso. Com algumas diferenças em relação ao seu antecessor, Garófalo acentuou questões de ordem psicológica e Ferri aquelas de cunho sociológico, em que o meio também é condição para o desenvolvimento de uma personalidade criminosa (BARATTA, 2011, p. 39).

De qualquer sorte, seja por uma situação transitória ou mesmo uma condição desviante, as crescentes explicações biológicas para o fenômeno criminoso tiveram o condão de questionar as bases do direito de punir clássico (CARRARA, 1998, p. 106).

Nos tribunais da época começava a ser destacado o papel dos psiquiatras nos julgamentos. Suas perícias objetivavam avaliar o estado de espírito e comportamento dos infratores, a partir de teses exculpantes ventiladas pelas defesas¹². Naturalmente, movidos pelas novas teorias psicológicas, estes especialistas passaram a questionar a própria

¹¹É certo que a influência da criminologia positivista foi muito maior do que as prévias teorias psiquiátricas sobre o desvio. Para a ciência do século XIX, todo e qualquer criminoso representava um retrocesso biológico e uma ameaça que deveria ser contida. Então, o sentido tradicional da pena privativa de liberdade perde efeito, pois não há recuperabilidade, mas apenas prevenção e proteção da sociedade. Assim, a medida de segurança sem tempo definido deveria ser a resposta por excelência ao crime. Essa foi, inclusive, uma questão de forte embate entre a psiquiatria e a antropologia criminal, visto que a primeira não concordava com a generalização do crime como patologia, já que esvaziava sobremaneira seu campo específico de atuação (CARRARA, 1998, p. 120)

¹²Inclusive, o papel dos peritos nos tribunais também se justificava pela necessidade de se evitar simulações e fraudes por parte dos acusados, os quais poderiam encenar quadros de insanidade mental como forma de se isentar da responsabilização penal (BIRMAN, 1978, p. 293-294). O psiquiatra passa a ser figura central no processo, já que detentor do discurso de verdade” sobre a loucura. Sobre o papel do exame na sociedade disciplinar, ver Foucault (2014b, p. 181).

sanidade do periciando, classificando o delito como manifestação e confirmação de uma doença.

Assim, “o exame psiquiátrico possibilita a transferência do ponto de aplicação do castigo, da infração definida pela lei à criminalidade apreciada do ponto de vista psicológico-moral” (FOUCAULT, 2010, p. 16). E é importante observar o crescimento desse argumento de autoridade no campo jurídico, pois, agora:

[...] para determinação da responsabilidade penal, seria preciso auscultar o criminoso com uma nova percepção, especializada, que apreenda através dos ruídos das manifestações aparentes, os silêncios de suas profundezas, através dos quais poderia se definir a coerência ou incoerência global de suas ações. Somente uma racionalidade medicamente instrumentada poderia registrar estas pequenas nuances do mundo afetivo, não captáveis pela superficialidade de um olhar leigo (BIRMAN, 1978, p. 122)

Esse é precisamente o caminho que levou o direito criminal à conclusão pela inimputabilidade penal do indivíduo que sofre por doença mental¹³. Assim, se o estado mental do sujeito é questionado, seu livre arbítrio também o será. Afinal, se suas ações são condicionadas pela doença mental que o aflige, onde estariam os pressupostos para uma responsabilização penal clássica? Historicamente, o crime sempre se opôs à loucura, mas com essa mudança de perspectiva algo deveria ser ajustado nos campos teórico e prático (CARRARA, 1998, p. 28).

Gradualmente a ciência médica afasta-se da tradicional ideia de desatino/desrazão, tão importante para o surgimento da psiquiatria e das práticas asilares, para uma crescente patologização de comportamentos relacionados a aspectos morais. E para essas novas categorias nosológicas já não fazia mais sentido o manicômio, mas sim a prisão [ou algo semelhante a ela] (FOUCAULT, 2014a, p. 108-109).

E, com isso, a criminologia nascente e de base etiológica passa a ter o papel de desvelar a ausência de homogeneidade dentro dos asilos ou hospitais psiquiátricos tradicionais¹⁴. Dentro deles, a equipe técnica passa a selecionar indivíduos cuja própria

¹³O conceito de imputabilidade, o qual guarda estreita relação com a medida de segurança, será objeto de análise mais aprofundada em tópico específico, ao tratarmos da definição dos elementos normativos da culpabilidade.

¹⁴Apesar de aqui colocarmos a criminologia positivista e a psiquiatria novecentista como duas faces de uma mesma moeda, é importante ressaltar que pertencem a campos distintos e, por isso, partem de pontos distintos para explicar o fenômeno da criminalidade. Como bem explicita Rauter, “a diversidade fundamental entre a criminologia e o discurso psiquiátrico sobre o crime reside no fato de que, enquanto a primeira representa uma transformação interna do direito penal sob o impacto das ciências humanas, a psiquiatria se insurge do exterior, disputando com o direito penal o papel de gestora dos criminosos, através de uma relação, progressivamente mais íntima, entre crime e doença mental [...] Embora buscando causas mórbidas para o crime, a criminologia não deixou de tematizá-lo enquanto tal, enquanto a psiquiatria pretendeu colocá-lo como mais um dentre outras manifestações da loucura, medicalizando a noção de crime

existência é nebulosa, relacionada a uma falta moral e, por consequência, inserida no jogo da periculosidade (FOUCAULT, 2014a, p. 294; 325). Eles não são mais criminosos loucos, mas loucos criminosos. Seu destino deverá ser outro.

Sabemos que desde o século XVIII o direito criminal baseia a imputação penal a partir de teorias retributivas e preventivas da pena. A partir de um sistema de princípios que, em tese, serviriam para regular o poder punitivo estatal e impor de forma homogênea o castigo, autores como Beccaria, Betham e Kant utilizaram-se da noção de livre-arbítrio para justificar a imposição de uma sanção afluiva ao sujeito que cometia crimes.

Com isso, a liberdade sempre foi pressuposto para que as ações do cidadão fossem condenáveis e que pudesse ser atribuída culpa por seus atos. Afinal, “a que ficaria o homem reduzido, se houvesse necessidade de proibir-lhe tudo o que pudesse lhe ser ocasião de praticar o mal? Seria preciso começar por tirar-lhe o uso dos sentidos” (BECCARIA, 2011, p. 102).

Como anunciado no tópico anterior, a racionalidade é o vetor da modernidade. Os instrumentos cunhados nessa época se baseavam nela para poder delimitar o campo de atuação dos saberes médico e legal. Com o direito penal clássico não foi diferente, a razão humana é condição para a responsabilização e imposição de pena ao sujeito criminoso (HARRIS, 1993, p. 15). Até porque:

[...] se toda a tradição dos juristas está certa quando estabelece a inocência do louco, não é porque sua liberdade secreta é protegida por sua impotência; é que o irresistível poder do seu corpo atinge sua liberdade até o ponto de suprimi-la inteiramente (FOUCAULT, 2014a, p. 210).

Nas sociedades liberais essa é a dinâmica para a formulação e concretização da intervenção estatal no destino jurídico dos sujeitos. A partir do momento em que as doutrinas positivistas do século XIX passam a tecer críticas acerca dos limites de proteção dessa liberdade, face ao reconhecimento de uma crescente necessidade de proteção da sociedade dos perigos anunciados pelo delito e por quem o comete, as bases institucionais tendem a sofrer modificações.

Ao fim, o objetivo é permitir a efetivação de um projeto de defesa social, e não mais apenas de retribuição do mal causado (CARRARA, 1998, p. 65)¹⁵.

e transferindo-a para a esfera da psiquiatria” (2003, p. 41). Ocorre que, na prática, ambas chegaram à mesma conclusão: é preciso conter esse sujeito perigoso.

¹⁵Baratta (2011, p. 41-43) afirma que a ideologia da defesa social é comum tanto às Escolas clássicas quanto às positivistas, pois, apesar de terem concepções distintas do homem, ao fim buscam a proteção da sociedade dos efeitos deletérios do delito. A diferença, portanto, reside nas escolhas metodológicas para explicar a criminalidade.

Surgem os seguintes questionamentos: como a pena de prisão poderia ser imposta se não haveria livre-arbítrio do sujeito? Que outro instrumento jurídico poderia ser aplicado?

Nesse impasse teórico, o louco criminoso ensejava a rejeição de sua custódia por ambos os saberes envolvidos. Nos hospitais psiquiátricos alegava-se que estes indivíduos não correspondiam às expectativas do corpo técnico, pois não se adequavam à rotina da instituição e demonstravam uma maior resistência ao tratamento em voga. Se tornavam um problema para os médicos, os quais tendiam a requerer constantemente sua transferência para presídios comuns, mesmo sabedores de que essa não era a solução mais “justa”. Afinal, não havia completa liberdade em suas ações para justificar a imposição de uma pena tradicional (HARRIS, 1993, p. 79).

Assim, fundamentando-se em “razões de segurança”, os psiquiatras da época alegavam que os asilos comuns não possuíam o sistema de vigilância necessário para seu isolamento sem risco de fugas. Então, ou a segurança dos já existentes era reforçada ou escolhia-se separar esses pacientes perigosos dos demais. A segunda escolha prevaleceu (BIRMAN, 1978, p. 291).

Por outro lado, no âmbito jurídico-penal, os tribunais concluíam pela impossibilidade de aplicação dos institutos clássicos da responsabilização penal, já que as ações criminosas seriam determinadas por desordens médicas, e não pela consciência do sujeito¹⁶.

Persistia, para ambos os lados, a ideia de que se estava diante de indivíduos perigosos/degenerados, os quais não poderiam se inserir na sociedade, mas que também não tinham possibilidade de cura. Impulsionados pelos objetivos de inocuização do indivíduo, a psiquiatria e o direito uniram-se para criar uma nova instituição: o manicômio judiciário.

Assim, começaram a surgir na França os denominados *asiles de sûreté* especiais, locais onde o tratamento dispensado aos tidos por degenerados era mais rigoroso do que os dispensados aos loucos comuns. Métodos de tranquilização e vigilância extrema eram a rotina do lugar, como forma apenas de conter o paciente. Não se pensava mais sobre

¹⁶E aqui há o que Foucault (2010, p. 21) caracteriza como libertação dos juízes do peso da punição. Eles não mais irão julgar o sujeito pela infração, mas por suas características atestadas medicamente. E então dão-se o “luxo” de poder impor medidas de caráter correccional tendo por fundamento os tratamentos anunciados pela psiquiatria da época.

melhora, já que se estava diante de uma existência fadada à irrecuperabilidade e que a única resposta deveria ser um programa de defesa social (HARRIS, 1993, p. 107).

Está-se diante do que Foucault (2014a, p. 423) classifica como terceiro momento da história da loucura¹⁷. Nele, o fenômeno é confrontado com o crime, não mais como zona de exclusão, mas como um espaço particular de habitação do delito, o que autoriza a ingerência de outros poderes que não apenas o psiquiátrico.

O agente inimputável por doença mental aparece como resposta ao embate histórico entre duas instituições de custódia, movidas, de início, por teorias distintas:

A psiquiatria no século dezenove era quase sempre vista como uma disciplina científica, determinista, que não admitia muito o livre-arbítrio e a responsabilidade moral. Por outro lado, a lei era retratada como um sistema que tinha como axioma básico o livre-arbítrio. Tais categorizações alimentavam as brigas entre as duas profissões e promoviam um mito poderoso de incompatibilidade filosófica que obscurecia seus elementos em comum (HARRIS, 1993, p. 347).

A resposta conciliadora é, portanto, a criação dos manicômios judiciais, locais especializados na contenção do louco criminoso e perigoso. O que Rauter descreve como “armistício entre as duas partes em disputa: nem manicômio, nem prisão, um híbrido” (2003, p. 49).

Portanto, temos o seguinte desenvolvimento histórico. Da parte da psiquiatria, passou-se a inserir a loucura cada vez mais no aspecto social e moral dos comportamentos. Da parte do direito criminal, criou-se institutos como o da inimputabilidade e da medida de segurança para poder justificar a impossibilidade de imposição de pena tradicional aos loucos criminosos.

Essa ruptura epistemológica gerada pela psiquiatria novecentista também pode ser observada no cenário nacional, conforme tratado por Sérgio Carrara (1998). Em extensa pesquisa sobre o surgimento do manicômio judiciário no Brasil, o antropólogo conseguiu demonstrar a contradição basilar da instituição: a impossibilidade de atingir objetivos terapêuticos, pois estruturada em moldes prisionais. A sobreposição ambígua de poderes, nesse caso, era evidente e precisava ser analisada sob uma perspectiva histórico-institucional (CARRARA, 1998, p. 27).

Esse processo de medicalização da sociedade, com a incursão da medicina nas investigações sobre as causas dos comportamentos desviantes pode ser constatada já no

¹⁷No primeiro momento, segundo o autor, está a questão do grande internamento e a progressiva criação de um espaço médico dedicado aos loucos. O segundo momento diz respeito ao estabelecimento da psiquiatria enquanto saber legitimado a definir a loucura, de acordo com os ditames científicos de objetividade e neutralidade.

início do século XIX, com a construção da Casa de Correção da Corte, uma prisão destinada à recuperação de criminosos (MACHADO, 1978, p. 321). Mas é no século XX, dentro do Hospício Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, que os médicos psiquiatras começaram a reivindicar a separação entre os pacientes comuns daqueles que tinham cometidos delitos.

O cenário nacional reproduziu o histórico conflito instalado entre médicos *versus* juristas na condução do destino dos loucos criminosos. A expertise técnica dos psiquiatras para decidir sobre a existência ou não de transtornos mental no caso concreto colidia com a última palavra dada ao juiz para decidir sobre a internação, ou não, do criminoso. O jurista sergipano, Tobias Barreto, ao dedicar obra exclusiva sobre o tema da inimputabilidade, narrou a controvérsia que girava em torno dessa questão, ainda no século XIX. Movido pelas ideias positivas de seu tempo, narra o autor:

O nosso Código, entre outros, parece que não respira muita consideração para com os médicos na esfera das diagnoses mentais [...] encarrega os juízes de decidir sobre o estado dos mentecapos; porém o certo é que nosso legislador não se mostrou muito acima dos ponto de vista velho, que julgava a apreciação dos fenômenos da loucura objeto de simples bom senso. De outro modo não se compreende a concepção do art. 12, em virtude do qual 'os loucos que tiverem cometido crimes, serão recolhidos às casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, conforme ao juiz parecer mais conveniente', e não, como devia ser, conforme os médicos decidirem (2003, p. 62)

De início, com a construção de um pavilhão apartado¹⁸, mas que, com o tempo, se mostrou insuficiente. Então, a demanda pela construção de uma instituição específica se fortaleceu e, em 30 de maio de 1921, houve a inauguração do primeiro manicômio judiciário brasileiro aos fundos de uma antiga casa de correção (CARRARA, 1998, p. 153-154; 194).

Se a medicina visualizava o crime como expressão de uma doença, não havia razão para que a punição viesse meramente pela imposição de privação de liberdade ao réu, deveria haver um projeto terapêutico envolvido (MACHADO, 1978, p. 324). Ocorre que esse tipo de tratamento a ser dispensado, com contornos ainda insipientes, se mostrou desde o início incompatível com o projeto psiquiátrico clássico envolvido nos manicômios comuns. As características divergentes do louco criminoso dos demais era, como dito, um empecilho para sua total inserção nos hospitais psiquiátricos, além de objeto de constante resistência pela equipe técnica.

Contudo, ainda que a este sujeito não lhe seja considerada a pena de prisão, lhe será imposta uma medida de segurança para justificar seu asilamento nos manicômios

¹⁸Curiosamente denominada de Seção Lombroso.

judiciais, e é a presunção de periculosidade uma das maiores justificativas teóricas de manutenção desse regime segregatório, como será visto a seguir.

2.3 As amarras da periculosidade presumida

Como visto, a criação do manicômio judiciário envolve a própria construção, no sentido foucaultiano, de um sujeito e de um saber-poder específico para discipliná-lo. Nesse movimento, das muitas características atribuídas ao louco criminoso a que ressaí é a da periculosidade. Esse conceito ficcional, segundo Barros-Brisset (2011), e em si problemático, será umas das principais justificativas para a intervenção na liberdade do indivíduo, tanto do ponto de vista psiquiátrico quanto jurídico.

O conceito, entretanto, não é uma novidade. A psiquiatria clássica, em seus primórdios, já se utilizava da ideia de periculosidade social como critério para internação dos considerados doentes mentais (BIRMAN, 1978, p. 265). Assim, o isolamento completo nos nosocômios era a estratégia utilizada para casos tidos por ameaçadores da ordem. Ademais, os registros de atos tidos por perigosos influenciava diretamente na análise da gravidade da doença mental imputada ao sujeito (BIRMAN, 1978, p. 267).

Em termos históricos, Barros-Brisset, ao fazer a genealogia da correlação do perigo com a doença mental, concluirá que:

[...] de Pinel a Lombroso, passaram-se cem anos, e a exceção dos dementes foi se tornando a regra de todos os delinquentes, e o que não mudará nesse discurso, seja nos monomaníacos, seja nos degenerados ou no homem delinquente, é a ideia pineliana de um déficit moral intrínseco na loucura, o qual faz dos loucos indivíduos intrinsecamente perigosos (2011, p. 46).

A progressiva alteração da análise da situação não mais pela ótica do fato criminoso em si, mas dos aspectos morais envolvidos, bem como o direcionamento da expiação agora para a alma do sujeito e não para seu corpo, permitirá que a presunção de que há um perigo a rondar o sujeito se estabeleça definitivamente (FOUCAULT, 2014b, p. 21).

E, assim, a interlocução entre psiquiatria e direito criminal operada a partir do século XIX propiciou que as perícias médicas nos tribunais se debruçassem sobre a investigação do “estado psicossocial” e da medição da periculosidade do réu (HARRIS, 1993, p. 25; 124). Era, de fato, um exercício de futurologia quanto às possíveis ações deletérias que poderiam ser tomadas pelo examinando em detrimento da harmonia social e do bom convívio, de modo a possibilitar uma intervenção prematura das instituições (HARRIS, 1993, p. 63).

O grande trunfo da criminologia e da penalidade em fins do século XIX, portanto, foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, desse conceito de perigo. Para eles, o indivíduo deve ser considerado pela sociedade de acordo com as suas virtualidades, e não de acordo com seus atos (FOUCAULT, 2013, p. 86).

Esse arcabouço teórico possibilitou que a intervenção na liberdade do sujeito e sua reclusão nos manicômios judiciais não fosse objeto de questionamentos, a despeito de o instituto da periculosidade não ter sido suficientemente aprofundado por nenhuma das duas áreas.

Interessante observação trazida por Harris acerca das falácias teóricas que envolvem o campo de análise da periculosidade do louco infrator está no fato de que, nos tribunais da época, “a interpretação de periculosidade social dificilmente era um processo objetivo, baseava-se ao invés na classe social, na política, no gênero, no estilo de vida” (1993, p. 131). Assim, há um claro indicativo de que o conceito, desde suas origens, foi utilizado como subterfúgio para o direcionamento de sanções a indivíduos selecionados pelo sistema criminal. A autora explicita como a interlocução entre esses dois campos de saber sempre girou em torno de aspectos culturais como gênero, classe, família, trabalho... (HARRIS, 1993, p. 351).

E apesar de o conceito de periculosidade apresentar-se de forma superficial e indefinida, mais como um estigma imputado a um sujeito selecionado do que uma conclusão cientificamente comprovada, o “nó górdio”¹⁹ em torno de sua utilização está precisamente no instituto da presunção.

O art. 97 do Código Penal²⁰ prevê que, em sendo constatada a inimputabilidade por doença mental, será aplicada, inevitavelmente, uma medida de segurança ao sujeito. A variação consistirá em ser ela detentiva ou restritiva. Deste modo, presume-se, após a realização do incidente de insanidade mental, que o sujeito inimputável anuncia um perigo e deve, por isso, sofrer intervenção estatal²¹.

Nesse sentido, Fuhrer afirma:

Periculosidade é um juízo eminentemente subjetivo que, por infelicidade, ficou colocado na lei como se fosse cânone objetivo inflexível. Ou seja, se o autor do delito for um inimputável ele automaticamente é considerado perigoso e

¹⁹Metáfora utilizada por Álvaro Pires, a qual relaciona a teoria da racionalidade penal moderna como empecilho para efetivas mudanças no campo criminal.

²⁰ Art. 97: Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

²¹A presunção absoluta de periculosidade do inimputável por doença mental restringe-se à fase de conhecimento e imposição da medida de segurança. Como será visto no tópico seguinte, na execução da sanção penal, ela será transformada em relativa, pois poderá ser contestada mediante exame de cessação de periculosidade realizado por psiquiatra.

receberá fatalmente uma medida de segurança, precisando ou não do tratamento e da contenção (2000, p. 143)

Em trabalho sobre os limites da presunção no processo penal, Gabriel Bertin (2010) tece importantes considerações acerca da problemática que envolve a aplicação desse instituto, especialmente porque há poucas discussões na doutrina sobre o tema. Não há um conceito definido em lei, mas apenas a determinação de seu uso por expressa previsão legal.

Ao se ter a presunção como a fórmula de ligação de uma qualidade a um sujeito, Bertin afirma que ela, apesar de ser ordinária, não é obrigatória. Para ele, “o vínculo que o raciocínio presuntivo torna possível estabelecer entre qualidade e sujeito não acontece sempre [...] assim, quando utilizamos a presunção estamos na esfera do provável” (2010, p. 124). Há um juízo de probabilidade, mas nunca de certeza, o que leva a crer que a dúvida deve, sempre, levar à absolvição.

Se não se pode aplicar, no caso concreto, critérios objetivos na aplicação do instituto da presunção, a tendência é que ele se apresente como um modelo autoritário, fundado precipuamente em regras de experiência e que não correspondem, a rigor, à realidade (BERTIN, 2010, p. 126).

Há, deste modo, um malabarismo linguístico para que se utilize a presunção de periculosidade do inimputável por doença mental como circunstância insuperável. Nesse sentido:

A proposital conotação de artificialidade discursiva conferida ao termo “criminalização da doença” tem bases na forte feição retórica, argumentativa e criativa – através do uso persuasivo da linguagem – que se percebe na criação jurídica e, sofisticação psiquiátrica, dos conceitos de periculosidade, imputabilidade e liberdade – é necessário reconhecer que tais categorias nada têm de naturais ou pré-existentis, envolvem muito mais critérios de incursão axiológica do que o caráter fenomenológico a que elas se pretende conferir (SOUTO, 2007, p. 585).

O processo problemático de atribuição de periculosidade segue a mesma lógica já analisada anteriormente sobre a categorização do sujeito em doente mental. A criação de um “circuito” dentro manicômio, onde as práticas institucionais (violentas) geram “uma resposta defensiva no internado”, a qual será tomada como critério para a sua própria classificação em perigoso/ameaçador. Diante do processo de “mortificação” da subjetividade que ocorre nesses espaços, qualquer perturbação é vista como ratificadora de um processo acabado e prévio de classificação nosológica. Desse modo, o “eu” perigoso se constitui antes e dentro da própria instituição (GOFFMAN, 2015 p. 40; 142).

E é na ambiguidade do manicômio judiciário que a periculosidade encontra campo fértil para proliferar. A mistura dos polos psiquiátrico e judiciário responde ao perigo que a “criminalidade patológica” anuncia na tradição disciplinar da sociedade moderna e possibilita a realização da higienização pública defendida pelos poderes em voga (FOUCAULT, 2013, p. 29; 101).

Para os internos dessa instituição seus atos ou corresponderão à rebeldia ou à piora do quadro clínico, nada fora disso pode ser esperado (CARRARA, 1998, p. 35). Com isso, se perigo é para ser domado, e não tratado, essa conclusão, “longe de pôr em questão a própria psiquiatria, serve fundamentalmente de apoio a uma exigência de maior medicalização” (MACHADO, 1978, p. 450-451).

Espanta a diferença de julgamento entre o universo do normal e do anormal. Para o primeiro os atos violentos são fruto do acaso, impossível de se prever. Para o segundo, é um atesto do que já se sabia, e é a razão para uma intervenção precoce. Um futuro de possibilidades é substituído por um presente controlado. Nesse sentido, “o legislador acredita ser possível eliminar o risco como dimensão da vida humana” (BARROS-BRISSET, 2010, p. 18).

Outrossim, a manutenção da internação dos inimputáveis por doença mental a despeito da reforma psiquiátrica, como será visto em tópico específico, é um indicativo de que a questão da periculosidade ainda não foi superada nesse campo.

A presunção do perigo é uma amarra teórica da qual o sujeito não consegue se desvencilhar. Um conceito que entra no tecido social de forma natural e que se mistura às demais verdades produzidas pelo sistema punitivo (BARROS-BRISSET, 2011, p. 49).

Mas, diante da constatação de que a periculosidade é, na verdade, uma construção fictícia, um subterfúgio para que o controle permaneça sobre os corpos vulneráveis, atesta-se também a ineficiência terapêutica dos mecanismos escolhidos para contê-la.

Portanto, hoje em dia, o que em verdade sustenta a permanência do HCTP?

2.4 Medida de segurança detentiva e suas normas: a pena com outro nome

Pode-se dizer que o arcabouço normativo em torno da medida de segurança exerce papel importante na manutenção do HCTP no sistema de justiça criminal brasileiro, mesmo após as mudanças legislativas implementadas pela reforma psiquiátrica.

Nos tópicos anteriores, reconstruiu-se o panorama teórico que envolve a custódia psiquiátrico-penal do inimputável nos antigos Manicômios Judiciários. Neste, pretende-se analisar brevemente a legislação em torno da aplicação e execução da medida de

segurança, especialmente a do tipo detentiva. O objetivo é demonstrar que, ao fim, esse instituto tem muito mais semelhanças com a pena de prisão do que se imagina.

Pelo conceito analítico do delito adotado no Brasil, o crime é uma “ação típica, antijurídica e culpável” (BITENCOURT, 2016, p. 279). Nesse sentido, o agente só pode ser punido por seus atos se não houver causas que excluam um desses três elementos dogmáticos.

A questão do sofrimento psíquico em conflito com a lei esbarra no terceiro degrau de análise, qual seja, a culpabilidade do indivíduo. Uma ação ser típica e antijurídica não é de todo suficiente para que seja considerada, a rigor, crime, é preciso analisar características individuais do autor (BITENCOURT, 2016, p. 439).

A culpabilidade é um juízo de reprovação da conduta do sujeito feita pelo Estado, detentor do poder punitivo. Essa avaliação negativa será afastada, entretanto, se presentes situações que excluam o terceiro elemento de definição do crime, são elas: inimputabilidade; ausência de potencial conhecimento da ilicitude do fato; e inexigibilidade de conduta diversa (SANTOS, 2020, p. 291).

A inimputabilidade é a incapacidade para a culpabilidade. Ou seja, para a lei, é a ausência de “atributo jurídico de indivíduos com determinados níveis de desenvolvimento biológico e de normalidade psíquica, necessários para compreender a natureza proibida de certas ações e orientar o comportamento conforme essa compreensão” (SANTOS, 2020, p. 301).

A capacidade psíquica, aqui, é uma construção teórica e eminentemente normativa. De início, ela diz respeito a aspectos de ordem subjetiva, a exemplo da existência ou não de livre-arbítrio do sujeito para se portar de acordo com a norma. Contudo, para que tivesse operabilidade prática, a doutrina passou a associá-la à motivação pela norma jurídica, de forma presumida. Nesse sentido, afirma Tobias Barreto:

[...] no terreno empírico do direito, pouca importa que o homem seja livre, ou deixe de sê-lo, segundam fabulam de um lado os metafísicos do espírito, e, de outro lado, os metafísicos da matéria. Para firmar a doutrina da imputação, o direito aceita a liberdade como um postulado da ordem social, e isto lhe é bastante [...] (2003, p. 7)

Assim, “ao não ser motivado na norma, quando podia e lhe era exigível que o fizesse, o autor mostra uma disposição interna contrária ao direito” (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 521).

É esta a previsão do art. 26 do Código Penal, o qual estabelece a isenção de pena para o agente com doença mental ou desenvolvimento mental incompleto²². A eles não pode ser imposta a pena de prisão, pois não praticaram, em tese, crime. Será reservado, no entanto, a aplicação de um outro tipo de sanção penal: a medida de segurança.

Importante ressaltar que o critério legal para a definição da inimputabilidade é de caráter biopsicológico, ou seja, devem estar presentes simultaneamente o sofrimento psíquico ou o desenvolvimento mental incompleto e, por esse fato, o agente, no momento do delito, não ter a possibilidade de apreciar o caráter ilícito de sua conduta ou de portar-se de acordo com essa perspectiva (BITENCOURT, 2016, p. 475).

Assim, previamente à imposição da medida de segurança, e no curso do processo penal, instaura-se o incidente de insanidade mental. Quando houver dúvida acerca da higidez mental do acusado, o processo será suspenso e o agente submetido a exame médico-legal realizado por psiquiatra para aferir o estado de inimputabilidade (art. 149, CPP).

Nesse caso, o agente será internado provisoriamente no HCTP para a realização do exame, especialmente se já estiver preso, o que poderá durar até quarenta e cinco dias para a emissão do correspondente laudo (art. 150, CPP)²³.

Constatada a inimputabilidade penal, o processo prosseguirá com a nomeação de um curador ao acusado e, ao fim, será emitida uma sentença absolutória imprópria pelo Juízo criminal (art. 492, II, “c” do CPP). Nela, o agente não será considerado culpado, mas será imposta uma espécie de sanção penal com supostos fins terapêuticos, mas que representa, também, privação de liberdade.

Na reforma penal de 1984 observa-se uma importante alteração no regime das medidas de segurança. Extingue-se o sistema do duplo-binário e instaura-se o vicariante. Antes, havia previsão legal de imposição conjunta de pena de prisão e medida de segurança ao imputável. Ao finalizar o cumprimento da primeira, o sentenciado permanecia em regime segregatório para cumprir a outra sanção penal, sem prazo máximo e baseada na presunção de periculosidade do agente, o qual poderia voltar a delinquir (BITENCOURT, 2016, p. 863; FUHRER, 2000, p. 25).

²²Art. 26, CP: É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento

²³Esse é um exemplo de internação provisória. Há outros previstos na legislação, a exemplo da medida cautelar diversa da prisão (art. 319, VII, CPP) e nos casos em que sobrevier doença mental ao imputável após sentença ou no curso da execução penal (art. 682, CPP; art. 108, LEP). Em todos os casos, o ambiente escolhido será, inevitavelmente, o HCTP.

Com a alteração legislativa, extingue-se a aplicação simultânea dos institutos ao imputável. A medida de segurança, agora, será reservada apenas aos inimputáveis e aos semi-imputáveis que necessitem de “especial tratamento curativo”, quando, então, a pena privativa será substituída pela medida de segurança (art. 98 do CP). Nunca aplicadas simultaneamente.

Há, portanto, dois tipos de medida de segurança: a detentiva e a restritiva. De acordo com os arts. 96 e 97 do Código Penal:

Art. 96: As medidas de segurança são:

I - internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

Parágrafo único - Extinta a punibilidade, não se impõe medida de segurança nem subsiste a que tenha sido imposta

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

Nesse sentido, a medida de segurança por excelência é a detentiva com internação no HCTP. Contudo, a legislação faculta ao Juiz aplicar a restritiva nos casos em que o crime em abstrato for punível com detenção. Nesses casos o agente sofrerá tratamento compulsório ambulatorial no próprio HCTP, mas em regime de liberdade, ou será encaminhado à rede de assistência em saúde mental do seu município, sob a supervisão do juízo da execução criminal (art. 101, LEP)²⁴.

Inclusive, durante o tratamento ambulatorial poderá ser determinada a internação do paciente no HCTP, a critério do magistrado, e “se essa providência for necessária para fins curativos” (art. 97, §4º, CP).

O Código Penal não prevê prazo máximo para a duração do instituto, fator este que possibilitou, desde a criação dos Manicômios Judiciários, internações que extrapolaram, e muito, a vedação a penas de caráter perpétuo. Pacientes trancafiados há mais de trinta ou quarenta anos nessas instituições, e que, mesmo com sentenças de desinternação, continuaram lá. O tempo passado foi o suficiente para cortar seus laços familiares, comunitários e sociais, e sair desses espaços era sinônimo, muitas vezes, de desamparo total²⁵.

²⁴Frise-se que a jurisprudência dos Tribunais Superiores alterou parcialmente esse quadro. Isto porque no Eresp 998128-MG, de 27/11/2019, o STJ definiu que não deve ser levada em consideração a natureza da pena privativa de liberdade, se de detenção ou reclusão, para a definição do tipo de medida de segurança a ser aplicada, mas a “periculosidade” do agente e o “tratamento” que melhor se adeque ao seu caso.

²⁵Histórias de esquecimento e abandono como a de Josefa da Silva, ou “Zefinha”, internada por mais de trinta e oito anos no Manicômio Judiciário de Alagoas com o diagnóstico de esquizofrenia e imputação de

Assim, a legislação prevê que a medida de segurança durará até a averiguação, por perícia médica, da cessão de periculosidade do paciente. Contudo, deverá ter prazo mínimo entre um e três anos, para a adequada realização do “tratamento”. Após esse período, o exame psiquiátrico para verificação da cessação do perigo deverá ser realizado ao menos anualmente (art. 97, §§ 1º e 2º, CP) ²⁶.

Com o laudo psiquiátrico de cessação da periculosidade, será emanada decisão judicial de desinternação. Contudo, ela sempre terá caráter condicional. É que se no prazo de um ano após a saída do HCTP o agente cometer algum ato indicativo de persistência da periculosidade que lhe foi atribuída, a situação anterior será reestabelecida (art. 97, §3º, CP). Percebe-se que a lei não fala em ato tipificado como crime, mas qualquer um que, na visão dos técnicos, seja indicativo de mácula na personalidade do sujeito. Previsão que abre margens para decisões institucionais arbitrárias.

Outrossim, a reforma do Código Penal também alterou o nome do local de cumprimento das medidas detentivas, de Manicômio Judiciário para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A legislação aduz que o ambiente será “dotado de características hospitalares” e o paciente “será submetido a tratamento” (art. 99, CP). Apesar da nova nomenclatura, a instituição permanece ambígua, une o universo dos asilos psiquiátricos com o das prisões. E a execução da medida de segurança revela-se muito mais sancionatória do que curativa.

Tal qual a pena privativa de liberdade, a execução da medida de segurança também é regida pela Lei de Execução Penal. Guardada as particularidades que envolvem o instituto, o regime jurídico de privação de liberdade do inimputável é evidente. A própria legislação prevê que se aplica ao HCTP, no que couber, os requisitos estruturais mínimos de uma cela penitenciária, a saber: salubridade e área mínima de seis metros quadrados (art. 99, parágrafo único, LEP).

Em que pese estarmos diante de inimizabilidade penal a sanção aplicada não deixa, nos moldes em que ela é legalmente prevista e executada, de ter caráter afilitivo.

tentativa de homicídio. No artigo “Eu não sou presa de juízo, não: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil”, Débora Diniz e Luciana Brito narram os absurdos a que pode chegar a custódia psiquiátrico-penal no Brasil (BRITO; DINIZ, 2016).

²⁶Em relação à ausência de prazo legal de duração da medida de segurança, os Tribunais Superiores entenderam que se tratava de situação inconstitucional, diante da vedação a penas de caráter perpétuo e da proteção trazida pelos princípios da razoabilidade/proporcionalidade. Assim, primeiro o STF definiu, no HC 107432, julgado em 24/05/2011, que o prazo máximo da medida de segurança não poderia ultrapassar o máximo da pena privativa de liberdade, ou seja, quarenta anos. Após, o STJ trouxe posicionamento mais vanguardista, no sentido de que a duração da sanção não pode ultrapassar o máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado pelo inimizável, conforme previsão da súmula 527, aprovada em 18/05/2015.

Há uma responsabilização do agente considerado, *a priori*, perigoso. Uma atribuição de responsabilidade inclusive objetiva, porque no decorrer do processo não há a adequada correlação entre ação, resultado e nexos causal (FURHER, 2000, p. 81-82).

A consequência jurídica para a inimputabilidade por doença mental não é apenas formalmente penal. Ela tem também caráter materialmente penal pois implica em “limitações da liberdade e restrições de direitos, talvez mais graves do que os dotados de conteúdo autenticamente punitivo” (ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011, p. 733). Nesse sentido:

[...] pode-se afirmar que há, no Brasil, duas formas de responsabilização penal, uma de penas e outra de medidas, que se subdividem em socioeducativas e de segurança [...] o sistema de medidas (de segurança) tem como conceito-chave a periculosidade, liga-se, pois, ao paradigma etiológico, punindo não porque a pessoa possui livre-arbítrio e age contrariamente ao direito, mas porque o sujeito não tem capacidade de autodeterminar-se já que é doente/perigoso. Claro fica, portanto, que a medida de segurança acaba por castigar o agente pelo que ele é (perigoso) e não efetivamente pelo ato praticado (WEIGERT, 2017, p. 75).

Invariavelmente haverá punição ao inimputável por suas ações, mesmo que sob outro nome, em outro espaço e por razões distintas. A medida de segurança tem origem em concepções positivistas de um perigo imanente ao sujeito criminoso que precisa ser, antes de tudo, contido. E é com base legal que a sistemática violação de direitos dos portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei persiste no cenário contemporâneo. Uma custódia que ceifa metaforicamente inúmeras vidas.

2.5 A custódia psiquiátrico-penal no Brasil: muitas vidas, poucos números

Os aspectos teóricos e normativos que fundamentam a existência e permanência do HCTP no sistema de justiça criminal brasileiro não apagam o fato de que estamos tratando, ao fim, de vidas humanas. Por trás das internações efetivadas estão indivíduos que têm/tiveram sua liberdade profundamente afetada.

As inspeções e censos penitenciários são importantes ferramentas para investigar a realidade do encarceramento no Brasil. A partir da divulgação dos dados estatísticos pode-se averiguar como se dá o funcionamento das instituições, o impacto delas na vida dos internos e os padrões de exercício do poder punitivo pelas agências estatais. Como dito, as unidades de custódia psiquiátrica vinculam-se, em sua maioria, ao sistema de justiça criminal e, portanto, também são objeto desses estudos.

Ocorre que as invisibilidades que permeiam o campo da inimputabilidade por doença mental afetam também a disposição das autoridades em investir na realização de

aprofundadas investigações nessas instituições, não apenas de caráter quantitativo, mas qualitativo. Dito isto, o mais completo censo envolvendo os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) espalhados por todo o Brasil é datado de 2011, e de responsabilidade do Anis - Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero em parceria com o Ministério da Justiça e o Departamento Penitenciário Nacional (DINIZ, 2013).

A importância do estudo foi o de desvelar, segundo a autora, “o resultado mais importante do censo: não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos” (DINIZ, 2013, p. 15). Em verdade, os padrões de seletividade das agências estatais praticados nos presídios comuns também se repetem na custódia psiquiátrica. Nela, encontra-se:

[...] uma população majoritariamente masculina, negra, de baixa escolaridade e com periférica inserção no mundo do trabalho, que em geral cometeu infração penal contra uma pessoa de sua rede familiar ou doméstica (DINIZ, 2013, p. 16).

Essa última constatação é de extrema importância para se compreender que a internação do portador de sofrimento psíquico em conflito com a lei diz muito mais sobre o desamparo assistencial que essas pessoas e suas famílias sofrem ao longo da vida do que sobre a existência de um perigo a rondar esses indivíduos. Nas palavras da autora:

A casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo. Primordialmente, é o Estado quem deve tomar para si o dever de cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais (DINIZ, 2013, p. 16).

O censo 2011 teve como objetivo analisar o perfil populacional dos vinte e seis ECTPs espalhados pelos Estados da federação. Ao todo, analisou-se o dossiê de três mil novecentos e oitenta e nove pessoas em privação de liberdade por medida de segurança, com foco nos dados sociodemográficos, judiciais e de saúde mental (DINIZ, 2013, p. 19).

Em que pese o censo de 2011 não ter abrangido aspectos estruturais dessas unidades, pode ser complementado pela inspeção nacional aos manicômios realizada em 2015 pelo Conselho Federal de Psicologia em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde. O estudo direcionado também aos ECTPS desvelou, dentre outros aspectos, superlotação dos espaços, insuficiência de profissionais da saúde e precariedade física dos prédios-sede (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 16-17).

Os dois estudos, em conjunto, tiveram o condão de ratificar o que a teoria já apontava: a sistemática violação de direitos humanos nessas instituições manicomiais. Precisou-se de décadas para que o primeiro censo completo fosse realizado, e o que ele demonstrou sequer teve a força necessária para superar as contradições que envolvem o sofrimento psíquico em conflito com a lei.

Desde o ingresso até a saída do sistema percebe-se a recorrente exposição dos presos à violação dos seus direitos fundamentais, seja pela omissão, descaso, falta de recursos, baixa qualificação técnica e profissional das equipes, ou pela ação preconceituosa e estigmatizadora, que reforça os estereótipos sobre esta população e nega seus direitos à saúde e à proteção social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2015, p. 151)

Passados mais de dez anos do censo de 2011, nenhum outro daquela monta foi realizado. Atualmente, tem-se apenas o levantamento nacional de informações penitenciárias divulgado anualmente pelo DEPEN com estatísticas mais genéricas acerca da população carcerária do Brasil²⁷.

Especificamente em relação a Sergipe, entre julho e dezembro de 2021, havia trinta e um internos sob medida de segurança definitiva na Unidade de Custódia Psiquiátrica. Além disso, quarenta e três pessoas estavam internadas provisoriamente naquele espaço, seja em cumprimento de medida provisória, internadas para realização de laudos psiquiátricos ou no caso de preso comum a quem sobreveio sofrimento psíquico e que foi transferido da penitenciária para lá. Ao todo, então, eram setenta e quatro indivíduos segregados. Todos eram homens, a maioria entre 25 (vinte e cinco) e 45 (quarenta e cinco) anos, e com baixo grau de instrução (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2021).

Os dados do DEPEN indicam que dos setenta e quatro internos, apenas doze estão em atividades laborais e/ou educacionais, sendo que apenas seis recebem algum tipo de remuneração por isto (DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, 2021). Este é mais um aspecto de diferenciação de direitos de imputáveis e inimputáveis no campo da execução penal²⁸.

No levantamento nacional, os dados acerca das incidências penais não são divididos por estabelecimento prisional, mas por Estado, o que impossibilita averiguar os principais fatos criminosos imputados aos internos daquele espaço, como feito no censo de 2011.

²⁷Vide o site oficial: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em 10 jul. 2022

²⁸Art. 29, LEP: O trabalho do preso será remunerado, mediante prévia tabela, não podendo ser inferior a três quartos do salário-mínimo.

Outro documento censitário importante para averiguar a realidade dos estabelecimentos penais no Brasil é o formulado pelo Conselho Nacional de Justiça (2022). A partir de uma plataforma digital, é possível observar o mapeamento das instituições pelos relatórios mensais enviados ao Poder Judiciário. Ao consultar a Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe, a conclusão da inspeção acerca das condições do lugar é descrita no documento oficial da seguinte forma: “péssimas” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2022).

As contradições que envolvem a interlocução entre direito criminal e psiquiatria se manifestam na rotina do HCTP, e os poucos números divulgados sobre essa realidade denotam que a crise penitenciária do país atinge também a custódia psiquiátrico-penal. Vidas de internos, de familiares, de membros da comunidade e de profissionais são afetadas pela permanência de uma instituição em condições físicas e humanas precárias. Uma invisibilidade que só foi superada em momentos pontuais e por números que não podem relatar a real angústia desse espaço. Local que deveria, há mais de vinte anos, ter sido extinto quando da implementação da reforma psiquiátrica no Brasil.

3 OS IMPACTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A breve reconstrução histórica do manicômio judiciário e da loucura criminosa, empreendida no capítulo anterior, foi importante para a compreensão dos mecanismos de poder ainda em voga na execução da medida de segurança detentiva. E, assim, a permanência do HCTP, sob a égide da presunção de periculosidade do inimputável por doença mental, desafia outro processo histórico: a reforma psiquiátrica.

A notória lei federal nº 10.216/2001 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental e dispõe sobre os direitos das pessoas em sofrimento psíquico é apenas a “ponta do iceberg” de um processo histórico, político e social de superação da psiquiatria de matriz clássica. A luta dos profissionais de saúde, familiares e usuários no período pós-redemocratização nacional possibilitou uma ampla reforma na tutela estatal referente à saúde mental, a partir de princípios assentados na desinstitucionalização, autonomia do sujeito e interdisciplinaridade dos serviços. O movimento de luta antimanicomial é uma das muitas vertentes que compõem o processo de superação do paradigma tradicional, e responsável pelas denúncias/publicização das sistemáticas violências perpetradas entre quatro paredes, em nome de um ideal higienista²⁹.

A legislação federal, sancionada há mais de vinte anos, dentre suas previsões, determina a não discriminação das pessoas neurodivergentes; coloca a internação como medida excepcional no tratamento; veda a existência de instituições de caráter asilar; e postula a obrigatoriedade de laudo médico circunstanciado para a internação (BRASIL, 2001). Contudo, tais regras são contraditadas pela existência (e permanência) do HCTP e dos mecanismos sancionatórios penais correspondentes.

Pode-se dizer, então, que há um modelo de assistência mental para os pacientes psiquiátricos “comuns”, e outro para os que se envolvem com o sistema de justiça criminal³⁰. Neste último, as regras do jogo são mais rígidas.

Nesse sentido, o presente capítulo objetiva investigar a construção do novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil e como suas ferramentas podem auxiliar o processo de implementação de efetivas mudanças na custódia psiquiátrico-penal.

Para tanto, ele será dividido em três subtópicos. No primeiro, pretende-se conceituar a reforma psiquiátrica e expor o movimento global de ruptura com as práticas

²⁹ Sobre o tema, ver os relatos de Daniela Arbex (2019) sobre o holocausto brasileiro.

³⁰ Ressalte-se que, em um contexto político recente, até as conquistas almejadas pela luta antimanicomial corriam perigo. O desinvestimento ao atendimento psicossocial do SUS e o crescimento da aplicação de recursos públicos no setor privado desse ramo são exemplos disso. Vide Portaria GM/MS nº 596, de 22 de março de 2022.

psiquiátricas tradicionais. O segundo tópico tratará do tema sob a ótica do cenário brasileiro. O impacto da reforma sanitária na saúde mental e a aprovação da legislação nacional serão alguns aspectos abordados, cotejando-os com a permanência das internações em manicômios judiciais. Por fim, na terceira parte, serão abordadas experiências de implementação da reforma psiquiátrica na custódia penal, em conjunto com a análise de dispositivos normativos e jurisprudenciais que permitem vislumbrar alterações substanciais nessa realidade.

3.1 Transformações e rupturas: o movimento global de reforma psiquiátrica

A psiquiatria objeto do capítulo anterior, e doravante denominada de clássica, era marcada pelo modelo hospitalocêntrico. O tratamento dispensado ao paciente psiquiátrico consistia em longa internação em manicômios, local de práticas de violências das mais diversas ordens. O resultado: a cronificação do sujeito. A construção dos sentidos negativos para a doença e o doente mental possibilitou a permanência de mecanismos de poder envoltos na aura insuspeita de um saber médico especializado e racional. Sobre esse cenário:

A ligação intrínseca entre sociedade e loucura/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapêutica, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e de equilíbrio (AMARANTE, 2016, p. 47)

Assim, do século XVII à primeira metade do século XX, essa era a realidade do campo psiquiátrico e de quem era selecionado por ele³¹. As mudanças que se seguiram correspondem a um conjunto de transformações e ruptura denominado de reforma psiquiátrica, responsável pela superação, em tese, do *establishment*³².

No cenário global, foi após a Segunda Guerra Mundial que as maiores transformações no campo psiquiátrico foram iniciadas, estimuladas pela atmosfera de proteção dos direitos civis e de reconstrução social, em um ambiente marcado pelas

³¹Tenório aponta para o fato de que a psiquiatria nasceu em um contexto reformista, ao separar, nos hospitais gerais, os loucos dos demais marginalizados da sociedade. Do mesmo modo, seguiram-se reformas nos séculos posteriores que buscavam a “humanização” do asilo. A diferença para o momento contemporâneo é que, agora, a transformação parte de uma crítica aos próprios pressupostos da ciência médica (2002, p. 26-27).

³²Importante destacar que, apesar de muitas vezes serem utilizados como sinônimos, os termos “reforma psiquiátrica” e “luta antimanicomial” não se confundem. A reforma psiquiátrica corresponde a um processo complexo e histórico de mudanças nessa especialidade médica, o qual envolve dimensões epistemológicas, técnicas, jurídicas e sociais. Já a luta antimanicomial é uma das facetas da reforma. Consiste em um movimento social pelo fim dos manicômios, surgido em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de Bauru/SP. Um dispositivo social ativo até a presente data e que, apesar de não se estruturar como instituição, agrega profissionais, familiares e usuários (YASUI, 2010, p. 20-21; 45-46).

sistemáticas violações de direitos humanos dos regimes nazistas e fascistas (DESVIAT, 2015, p. 27).

Na mesma época, as contribuições teóricas para esse saber médico não se restringiam mais à conceituação de doença mental a aspectos prioritariamente biológicos. Havia nítida influência também do marxismo e da psicanálise, os quais trouxeram a relação capital-trabalho e a subjetividade, respectivamente, como mecanismos influenciadores das alterações psíquicas do sujeito (COSTA, 2003, p. 139). Nesse sentido, a ampliação do campo mente, corpo e sujeito implicaria na constatação da ineficiência dos métodos terapêuticos tradicionalmente aplicados:

É em um contexto de crítica ao paradigma científico e de sua racionalidade que o processo de Reforma Psiquiátrica desvenda uma importante ruptura com o modo psiquiátrico de olhar e compreender essa estranha e complexa experiência humana que podemos genericamente nomear de loucura [...] e que demanda a desconstrução de conceitos fundantes da psiquiatria, tais como doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade. Além disso, suscitam a reconstrução/invenção de um novo marco teórico e de novos operadores conceituais (YASUI, 2010, p. 77)

Dentre as principais transformações empreendidas pela incorporação desses novos conceitos, está o estabelecimento de novos objetivos para a psiquiatria. Não mais somente a cura da doença mental, mas a promoção da saúde psíquica da comunidade. Não mais intervenções apenas nas crises, mas no fomento a ações que promovam a prevenção dos transtornos psíquicos. Nas palavras de Amarante, “a terapêutica deixa de ser individual para ser coletiva, deixa de ser assistencial para ser preventiva” (2016, p. 22)

Nesse panorama, o processo de reforma psiquiátrica pode ser simplificado em dois momentos institucionais. O primeiro período caracteriza-se por uma crítica ao manicômio e sua estruturação, a qual era responsável pela cronificação/dependência dos pacientes internados na unidade. Assim, o objetivo primordial dos movimentos da comunidade terapêutica, na Inglaterra, e da psicoterapia institucional, na França, era o de empreender a reforma interna desse espaço, mantendo, contudo, as principais bases da psiquiatria clássica (AMARANTE, 2016, p. 21-22).

A psicoterapia institucional francesa objetiva a salvação do manicômio a partir da implementação de mudanças no seu funcionamento e nas relações empreendidas naquele espaço. O sentido terapêutico das práticas é estimulado pela verbalização do sofrimento que envolve não só os pacientes, mas todos os que estão inseridos naquele espaço, a exemplo da equipe profissional (DESVIAT, 2015, p. 30). A instituição como um todo está “adoentada” e precisa ser tratada em seu conjunto. Nesse sentido, a terapêutica deve

envolver a promoção do diálogo e a crítica à verticalização/hierarquização das relações institucionais (AMARANTE, 2016, p. 32).

A comunidade terapêutica inglesa também segue a linha de reestruturação interna do manicômio, mas sem a forte influência psicanalítica da linha francesa. No mesmo sentido, as críticas voltam-se à excessiva verticalização da relação entre paciente e equipe; o autoritarismo nas decisões quanto ao tratamento dispensado; e à exclusão do paciente e de sua família nos debates e decisões administrativas tomadas dentro do hospital. O foco será, portanto, na construção de um espaço coletivo, terapêutico, livre e comunicativo (DESVIAT, 2015, p. 40). O objetivo desta prática inovadora é centralizar a terapêutica em atividades de grupo que agreguem internos, equipe, familiares e comunidade (AMARANTE, 2016, p. 29).

Contudo, o problema desse primeiro momento da reforma psiquiátrica está justamente na ineficiência em contestar a própria existência de instituições de caráter asilar, como o manicômio. Ao contrário, a psicoterapia institucional e a comunidade terapêutica reafirmam a necessidade do hospital no tratamento do sofrimento psíquico, modificando apenas as dinâmicas pessoais e profissionais travadas internamente. As premissas de tutela estatal e exclusão do paciente da comunidade persistem. Nas palavras de Desviat, nada mais são do que “formas terapêuticas de institucionalização” (2015, p. 32).

Já o segundo período é o que condiz com a transformação assinalada anteriormente, de focalização das práticas na promoção da saúde mental. Agora, leva-se a psiquiatria para o espaço público, fora dos muros do hospício. A responsabilidade por essa inovação ficou a cargo, inicialmente, da psiquiatria de setor francesa e da psiquiatria preventiva estadunidense (AMARANTE, 2016, p. 22).

Após as modificações implementadas pela psicoterapia institucional, surge um novo movimento de reforma, inspirado pelos debates travados nas Jornadas Nacionais de Psiquiatria, ocorridas na França da década de 40. Com o intuito de transpassar os muros do hospital, a psiquiatria de setor propõe a estruturação de serviços públicos de assistência em saúde mental para toda a população. A formulação de projetos terapêuticos individuais que focam em estratégias preventivas e colocam a internação como medida excepcional promove uma verdadeira reviravolta. Assim, a setorização correspondia à organização desses novos serviços e práticas interdisciplinares em territórios, de forma a beneficiar ao máximo a população de determinada localidade (DESVIAT, 2015, p. 31-33).

Situação essa semelhante à atual organização territorial dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no Brasil. Esse mecanismo privilegia o papel da comunidade no tratamento, a qual é transformada em agente terapêutico do processo coletivo de superação do sofrimento psíquico. A internação, quando necessária, passa a ser etapa e não mais finalidade (AMARANTE, 2016, p. 35).

No caso da psiquiatria preventiva, desenvolvida a partir da década de 50 nos EUA, também há um discurso de promoção da saúde mental. Contudo, ele será desenvolvido a partir da adoção de estratégias preventivas à instalação e/ou manifestação da doença mental. Contrapõe-se, portanto, à tradicional estratégia de intervir no tratamento dos males psíquicos quando já há a manifestação da crise pelo paciente. A intervenção precoce dos serviços médicos nas comunidades, de modo a identificar potenciais sujeitos e comportamentos vulneráveis, é a principal característica do modelo estadunidense (AMARANTE, 2016, p. 36-38). A partir dessa prática, surgiram os denominados centros-crise, locais destinados à internação provisória dos pacientes e ao manejo das crises psiquiátricas, em contraponto à internação definitiva e estendida nos hospitais psiquiátricos regulares (DESVIAT, 2015, p. 64). Estratégia essa que se assemelha às atuais urgências psiquiátricas vinculadas ao SUS.

Um dos principais problemas da psiquiatria de caráter preventivo é que, apesar de visar, em última instância, a desospitalização e o desafogamentos dos serviços de internação, não deixa de privilegiar o mecanismo de captação de clientela psiquiátrica. Persiste o saber médico especializado que classifica a doença mental e aponta quais tipos de sujeitos são suscetíveis a ela. Esse movimento, quando massificado, acaba por retroalimentar o próprio modelo asilar, insuflado pelos denominados clientes habituais: pacientes já cronificados ou cujas estratégias alternativas não tenham surtido o efeito esperado (AMARANTE, 2016, p. 41). Basaglia aponta que a permanência dos asilos, nesses casos, contribui para o reforço do medo do internamento (1985, p. 111).

Contudo, são a antipsiquiatria e a psiquiatria de tradição basagliana que irão empreender uma verdadeira ruptura de matriz epistemológica³³. O foco não será mais no questionamento e modificação das práticas institucionais, mas na existência da psiquiatria em si. É o saber sobre a loucura, a definição dela e de quem é paciente que serão alvo de insurgências. Será preciso desconstruir as relações, conceitos e tecnologias que envolvem o campo psiquiátrico, responsáveis pela histórica simplificação de fenômenos

³³Processo que guarda relação com o movimento mais amplo de crise da racionalidade e do paradigma científico (YASUI, 2010, p. 91)

demasiadamente complexos, para reconstruir uma prática médica voltada à libertação e autonomia do sujeito (AMARANTE, 2016, p. 22).

Estratégias como essas visam não apenas extinguir os manicômios físicos, mas o aprisionamento que também ocorre pela incapacidade da sociedade de lidar com o diferente. Sob o império da razão, ainda há um manicômio mental em todos e, por isso, é preciso romper essa barreira e relacionar-se de uma forma nova com o acaso (PELBART, 1991, p. 134-136).

A antipsiquiatria desenvolveu-se na Inglaterra da década de 60 como um movimento contracultural de contestação do poder vigente. Então, ela não se referia a uma prática isolada, mas a um conjunto de reivindicações sociais que clamavam pela ruptura das cristalizações teóricas produzidas na psiquiatria tradicional (DESVIAT, 2015, p. 46-47).

Em seu aspecto mais revolucionário, a antipsiquiatria questiona a carga negativa imposta sobre a loucura, a qual deve ser reinterpretada político e socialmente como uma experiência de libertação do sujeito, e não como uma patologia a ser objeto de intervenção. Para esse movimento, de nada serve as categorizações nosográficas e os tratamentos químicos e físicos convencionais. O que se valoriza é “a análise do discurso através da metanoia, da viagem ou do delírio do louco, que não deve ser podada”, mas estimulada (AMARANTE, 2016, p. 44). É, em última análise, a negação de uma especialidade médica voltada à definição e controle das manifestações psíquicas.

Também caracterizada pelo viés disruptivo, a psiquiatria basagliana representará um papel essencial no fortalecimento do movimento de reforma psiquiátrica, inclusive com repercussão no cenário brasileiro, conforme será visto no tópico seguinte.

Na década de 60, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, então diretor do manicômio da cidade de Gorizia e em uma tentativa de modificar o sistema vigente, propôs a implementação do sistema de comunidade terapêutica naquele espaço (BASAGLIA, 1985, p. 110). A intenção inicial era a humanização do tratamento, pela eliminação de práticas como eletrochoques e solitárias, e o combate ao excessivo autoritarismo advindo das equipes técnicas (MATTOS, 2006, p. 159). Esta deveria ser, então, uma etapa intermediária do projeto maior da reforma psiquiátrica italiana (BASAGLIA, 1985, p. 118).

Ao vislumbrar, na prática, as limitações desse novo modelo, o qual era insuficiente para contestar a ordem psiquiátrica vigente e efetivar a libertação dos pacientes do asilamento, o médico psiquiatra desenvolveu um modelo democrático de tratamento em

saúde mental, correspondente à fase destrutiva da instituição³⁴ (DESVIAT, 2015, p. 47-48; BASAGLIA, 1985, p. 129).

De nada adiantava realizar mudanças internas, pois elas não combatiam a violência inerente à classificação e tratamento da loucura. Uma violência que não precisava ser explícita para estar presente nos mecanismos de poder exercidos há séculos pelos técnicos na psicopatologização clínica. Nas palavras de Basaglia:

O papel dessas figuras intermediárias [os técnicos] será, portanto, de mistificar a violência através do tecnicismo, sem com isso modificar sua natureza, mas fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso, reagir a ela tornando-se, por sua vez, violento. A função dos novos prepostos será ampliar as fronteiras da exclusão descobrindo, tecnicamente, novas formas de infração que tinham sido consideradas normais até então (1985, p. 102)

Interessante que o psiquiatra italiano não se restringe a denunciar o papel dos técnicos em exercer o controle pelo ato terapêutico, mas, também, em demonstrar que eles mesmos são excluídos pelo poder que exercem, já que precisam antes ser objetivados pelo saber sobre a loucura (BASAGLIA, 1985, p. 103). Há que se reconhecer, portanto, a necessidade de que o movimento de reforma rompa com a razão estabelecida, em uma abordagem crítica da própria ciência médica³⁵.

Consciente de que os manicômios representam instituições de caráter total, onde a exclusão é parte do próprio projeto institucional de tratamento, Basaglia busca extinguir esses espaços e devolver para a sociedade o papel de acolhimento e desmistificação da loucura, a partir de um movimento político de reforma que culminou na aprovação de uma lei nacional de extinção dos asilos, no ano de 1978³⁶ (DESVIAT, 2015, p. 48-49).

³⁴Amarante distingue o movimento teórico basagliano da psiquiatria democrática italiana apenas pelo fato de que o primeiro viabilizou a estruturação e ampliação de movimentos sociais para a contestação do regime imposto, o que possibilitou efetivar a reforma psiquiátrica de âmbito nacional (2016, p. 50).

³⁵Amarante bem destaca que a negação voltada à doença mental não é a negação do sofrimento e da dor que ela causa ao paciente, mas à exclusividade dada à psiquiatria, e aos seus mecanismos de poder, na compreensão e no manejo desse fenômeno. É o que Basaglia propunha ao colocar a doença entre parênteses (AMARANTE, 1994, p. 65).

³⁶Em sua pesquisa de doutoramento, Mariana Weigert investigou o impacto da reforma psiquiátrica italiana e da Lei nº 180/1978 (ou Lei Basaglia) no âmbito dos hospitais psiquiátricos judiciais (HPJs), os quais permaneciam abertos, mesmo após decorridos mais de trinta anos do fechamento dos manicômios regulares. Concluiu que o estigma gerado pela criminalização das condutas e a identificação do sofrimento psíquico com a periculosidade eram pontos cruciais para a persistência desses espaços no contexto sanitário e jurídico da Itália, tal qual ocorre no Brasil. O fechamento dos HPJs naquele país só foi concluído no ano de 2015, após inspeções e intervenções da Comissão pela Prevenção da Tortura do Conselho da Europa e da Comissão Parlamentar de Investigação sobre a Eficácia e a Eficiência do Serviço Sanitário Nacional, as quais impulsionaram o senado italiano a aprovar um decreto que determinou o definitivo fechamento desses espaços e a execução das medidas de segurança em meio aberto. Após essa decisão, foram criadas residências em saúde mental para o acolhimento desses pacientes, em especial dos crônicos. O desafio, agora, é não repetir a lógica de exclusão e tutela nesses novos espaços terapêuticos (2017, p. 148-159).

Nesse sentido, a reforma italiana rompe com os modelos intermediários de transformação que apenas reforçavam o tratamento estigmatizante da psiquiatria clássica. Naquele âmbito, efetivou-se não apenas a desospitalização, mas a desinstitucionalização da loucura, uma vez que as práticas de exclusão, tutela e redução das complexidades existenciais não mais seriam reproduzidas também em meio aberto³⁷ (AMARANTE, 2016, p. 49). Nas palavras do seu idealizador, “cura não é tutela, é expansão espontânea e pessoal do sujeito” (BASAGLIA, 1985, p. 119).

Yasui propõe que o conjunto de transformações empreendidos pela reforma psiquiátrica teve cunho civilizador. Em seu sentido forte, e a partir de uma perspectiva sociocultural, o movimento alterou as relações sociais diante do fenômeno da loucura, para além de apenas modificar as instituições que lidam com ela. Sob a perspectiva do cuidado, o sofrimento humano é repensado e as práticas ao seu redor são pautadas por princípios e valores que denotam a ética do respeito às diferenças e o cuidado com o diálogo. O contrário disso é pura barbárie (2010, p. 161-180).

As experiências internacionais de reforma psiquiátrica assentaram as bases teóricas e práticas para que a psiquiatria brasileira iniciasse seu processo na década de 70. Como será visto a seguir, em que pese ter ocorrido em momento histórico posterior, as transformações e rupturas no sistema de saúde mental do Brasil basearam-se nas mesmas críticas ao modelo tutelar e excludente praticado pela ciência médica. Não que não haja, ainda, um longo caminho a ser percorrido, pois o movimento de luta antimanicomial é, e deve ser, perene³⁸.

3.2 Novo modelo de assistência em saúde mental no Brasil: reforma para quem?

No Brasil, a reforma psiquiátrica iniciou-se na década de 70, na conjuntura da redemocratização política. Reputa-se como estopim a denominada “crise do DINSAM”. A sigla refere-se à Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão à época vinculado ao Ministério da Saúde e responsável pelas políticas públicas voltadas ao setor psiquiátrico.

No ano de 1978, os profissionais de instituições psiquiátricas vinculadas ao DINSAM deflagraram uma greve, a qual foi seguida de uma demissão em massa promovida pelas autoridades (AMARANTE, 1995, p. 51). A partir de uma série de

³⁷A desinstitucionalização objetivada por Basaglia não era apenas a destruição dos manicômios, mas “do aparato manicomial, enquanto práticas multidisciplinares e mult institucionais, capilares, estendidas e exercitadas por múltiplos espaços sociais” (AMARANTE, 1994, p. 62).

³⁸Sobre isso, Yasui narra o papel do desenvolvimento das neurociências nas décadas de 80 e 90 para fortalecer o estatuto científico da psiquiatria e, com isso, deslegitimar/invalidar outras formas de conhecimento sobre a psique (2010, p. 88).

denúncias acerca de irregularidades nesse setor, a exemplo de precariedade nas condições de trabalho, surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual capitaneou o cenário grevista de então. O movimento firmou-se como local de luta para a transformação da assistência pública em saúde mental, para além das reivindicações trabalhistas iniciais (AMARANTE, 1995, p. 52; TENÓRIO, 2002, p. 32).

Uma das principais questões da época era a crescente privatização da saúde, estimulada pelos governos ditatoriais. A consequência disso era o reforço das desigualdades sociais, inclusive no setor mental, posto que havia uma psiquiatria privada voltada aos ricos e uma pública voltada aos pobres (AMARANTE, 1995, p. 54). Não é difícil imaginar qual das duas sofria com a sistemática deficiência de recursos e de profissionais capacitados.

Por conta das privatizações, em um período de dez anos, entre 1971 e 1981, houve o aumento vertiginoso de 20.000 (vinte mil) leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil (COSTA, 2003, p. 144). Na América Latina, os serviços psiquiátricos, em sua esmagadora maioria, eram manicomiais. E, além disso, não tinham qualquer relação com os demais serviços sanitários. Não havia, portanto, uma rede integrada em saúde (DESVIAT, 2015, p. 136).

Assim, os primeiros passos da reforma psiquiátrica brasileira inserem-se no espectro maior de mudanças implementadas na saúde pública. A partir do relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, houve o início da trajetória sanitarista, a qual culminou na estruturação dos princípios e diretrizes do atual Sistema Único de Saúde (SUS)³⁹. Sob uma perspectiva democrática e descentralizada, velava-se pelo acesso universal da população à saúde de qualidade (COSTA, 2003, p. 145; 152).

Há uma ligação profunda entre os movimentos sanitaristas e a reforma psiquiátrica. As reivindicações na área da saúde coletiva e da medicina preventiva reverberaram no campo psiquiátrico. Ambos buscavam, ao fim, enfrentar o pensamento autoritário em voga e a precariedade dos serviços dispensados à população. São movimentos de luta política e social, que colocam o direito à saúde como tópico revolucionário (YASUI, 2010, p. 30-31; 44).

Contudo, apesar da fase sanitarista ter tido extrema importância para a articulação dos movimentos sociais em torno da saúde mental, ela ainda não era suficiente para transformar as práticas psiquiátricas tradicionais dentro dos hospitais:

³⁹A lei Orgânica da Saúde de nº 8080/1990 criou o SUS.

[...] é uma tentativa tímida de continuar fazendo reformas, sem trabalhar o âmago da questão, sem desconstruir o paradigma psiquiátrico, sem reconstruir novas formas de atenção, de cuidados, sem inventar novas possibilidades de produção e reprodução de subjetividades (AMARANTE, 1995, P. 93)

São nos espaços das Conferências Nacionais em Saúde Mental que as discussões sobre a superação do modelo clássico de psiquiatria aprofundam-se. Na 1ª, realizada em 1987, se falava na necessidade de união dos trabalhadores em saúde mental, da participação da comunidade nas decisões políticas sobre o setor e na priorização de investimentos para os serviços extra-hospitalares. É o início da fase denominada desinstitucionalizante (AMARANTE, 1995, p. 75).

Nesse momento, as mudanças que já estavam acontecendo no setor técnico-assistencial, desde a fase sanitarista, se espalham para os campos político, jurídico, teórico e cultural. É no fim da década de 80 que ocorrem ações marcantes nesse setor, a exemplo do II Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental (“Congresso de Bauru”), da criação dos primeiros CAPS e NAPS e da apresentação do projeto de lei nº 3.657/89, do então deputado federal Paulo Delgado (AMARANTE, 1995, p. 75-76). É um momento de ruptura, em que a luta antimanicomial propriamente dita se instala no país, com o lema “por uma sociedade sem manicômios”⁴⁰.

Os primeiros CAPS e NAPS que surgiram nessa época, em São Paulo e Santos, respectivamente, transformaram os serviços de saúde mental de todo o país, a partir das estratégias de tratamento em meio aberto adotadas nesses estabelecimentos. E a consolidação dessas experiências de reforma psiquiátrica, consubstanciadas na desmontagem do aparato manicomial e da substituição pela atenção territorial, influenciaram a adoção de uma estratégia político-jurídica de alteração legislativa (AMARANTE, 1995, p.82-84).

Nesse sentido, o então deputado pelo PT/MG, Paulo Delgado, apresenta, no ano de 1989, o Projeto de Lei nº 3657/89, o qual deu origem, apenas em 2001, à lei de reforma psiquiátrica como a conhecemos⁴¹. A ementa original previa “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais” (BRASIL, 1989). O

⁴⁰Lema adotado a partir do Congresso de Bauru, o qual também instituiu o dia 18 de maio como sendo o dia nacional de luta antimanicomial (YASUI, 2010, p. 46).

⁴¹Ressalte-se que, nesse intervalo, houve a aprovação, em pelo menos sete estados, de leis que previam a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos pela assistência em meio aberto (TENÓRIO, 2002, p. 51; AMARANTE, 1995, p. 84). Podemos destacar a lei de reforma psiquiátrica do Rio Grande do Sul, a partir de projeto de autoria do então deputado Marcos Rolim, no ano de 1992. A lei nº 9.716/92 expressamente veda, em seu artigo 2º, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, sejam públicos ou privados, e o financiamento governamental à criação de novos leitos (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Norma que não foi replicada na legislação federal.

projeto, já em seu artigo primeiro, previa: “fica proibida, em todo território nacional, a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação ou financiamento, pelo setor governamental, de novos leitos em hospital psiquiátrico” (BRASIL, 1989). O objetivo, então, era barrar o crescimento dos asilos também no setor privado, por meio da vedação a investimentos públicos nessa área, tendência que se apresentava desde as privatizações empreendidas na ditadura.

Com forte influência da luta antimanicomial, o objetivo da legislação era o de justamente acabar com esses espaços asilares e, ao mesmo tempo, fortalecer as estratégias substitutivas em meio aberto, como os CAPS/NAPS. Seu artigo 2º já previa a destinação de recursos públicos para instalação de hospitais-dia, hospitais-noite, unidades em hospitais gerais, centros de convivência, pensões e centros de atenção (BRASIL, 1989).

Assim, era um documento condizente com a fase desinstitucionalizante da reforma. Contudo, a lenta tramitação perante o Congresso e as emendas promovidas em seu texto acabaram por desvirtuar o objetivo principal de seu autor: a extinção definitiva e geral dos manicômios. O substitutivo do projeto inicial, aprovado no Senado, era muito mais tímido em relação à ruptura com as instituições (TENÓRIO, 2002, p. 36). Ao invés da substituição do modelo tradicional, tem-se “apenas” a afirmação da proteção de direitos das pessoas em sofrimento mental e o redirecionamento da sua assistência (YASUI, 2010, p. 63).

A lei 10.216/2001 representa a dimensão jurídico-política da reforma e, portanto, com esta não se confunde. A última é um movimento muito mais amplo e transformativo, que continua a questionar as tutelas incidentes sobre o indivíduo em sofrimento mental. Os novos desafios trazidos pelo crescimento das neurociências, na década de 90, o qual retoma a centralidade do discurso científico-psiquiátrico no manejo da saúde mental, demonstram que os movimentos reformistas estão em constante luta (YASUI, 2010, p. 88-89).

No entanto, a compreensão dos dispositivos legislativos específicos sobre o tema é de suma importância para entender a diferenciação de tratamento imposta aos portadores de sofrimento mental selecionados pelo sistema criminal. A lei nº 10.216/2001 trouxe sim importantes avanços para as práticas psiquiátricas, e modificou as políticas públicas implementadas nesse setor, mas não teve a força necessária para interferir significativamente nos destinos dos inimputáveis. Assim, indaga-se, reforma para quem?

No seu art. 1º, o diploma legal prevê que os direitos e a proteção aos neurodivergentes, tratados por ele, serão aplicados sem qualquer tipo de discriminação

(BRASIL, 2001). Nesse sentido, todos os seus dispositivos deveriam ser aplicados no âmbito da execução das medidas de segurança. Do contrário, estar-se-ia promovendo diferenciação vedada por lei.

O art. 2º elenca, não exaustivamente, direitos das pessoas em sofrimento mental e, dentre eles, está o de ser “tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis” e “ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (BRASIL, 2001). Disposições que não se coadunam com a permanência dos HCTPs, uma vez que a internação, consubstanciada na privação de liberdade, é meio invasivo, não terapêutico e fora do âmbito comunitário.

O art. 4º prevê que a internação psiquiátrica, em qualquer de suas modalidades, ou seja, aí inserida a de caráter compulsório determinada pela Justiça⁴², “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). E seu §3º especificamente veda a internação em instituição com caráter asilar, sendo considerada para tanto aquela que não ofereça “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” e que não assegurem todos os direitos enumerados no artigo 2º (BRASIL, 2001).

Conforme apontado no capítulo anterior, os HCTPs, como estruturados, são instituições que conjugam características manicomiais e prisionais. Carecem dos serviços básicos de assistência em saúde mental e sistematicamente violam os direitos das pessoas em sofrimento mental autoras de delitos. Ademais, rotineiramente, a imposição da medida de segurança detentiva prescinde da análise concreta da possibilidade de sua substituição por serviços ambulatoriais.

Weigert aponta que dos dados estatísticos, entre os anos de 2002 e 2003, concluem que houve uma significativa diminuição de pessoas submetidas a medidas de segurança, em cerca de 75 (setenta e cinco) por cento. A autora afirma que isto possivelmente está relacionado com o impacto da nova legislação sobre o tema. Contudo, nos anos seguintes, até 2010, o cenário de diminuição não permaneceu. Ao contrário, a curva voltou a ser ascendente, com o progressivo aumento da imposição de medidas de segurança a cada ano, passado o “boom” inicial da promulgação da lei. Além da constatação de que, em números, as internações são maiores que os tratamentos ambulatoriais (2017, p. 146-147).

Sobre o tema, conclui:

A ausência de empenho da reforma em medidas para o campo da loucura criminosa pode ser simplesmente uma questão estratégica, ou seja, para que o

⁴²Art. 6º, p.u, III, da Lei nº 10.216/2001.

argumento da reforma convencesse o maior número de pessoas melhor não citar os crimes advindos das mais diversas loucuras. Melhor invisibilizar o nicho de sujeitos tomado como (mais) perigoso, a fim de conseguir maior adesão à ideias reformistas (WEIGERT, 2017, p. 199)

Em reforço à legislação da reforma psiquiátrica, foi aprovado, no ano de 2015, o Estatuto da Pessoa com Deficiência (lei nº 13.146/2015), a qual visa “assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando sua inclusão social e cidadania” (BRASIL, 2015).

Pessoas em sofrimento mental podem se inserir no conceito de pessoa com deficiência, ou seja, possuem “impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade” (BRASIL, 2015). Nesse sentido, as proteções trazidas pelo estatuto também as alcançam, e não há, do mesmo modo, diferenciação para aquelas em conflito com a legislação penal.

A vedação à discriminação, a garantia do exercício de suas liberdades fundamentais, a proibição de tratamento desumano ou degradante, a manutenção da plena capacidade civil e a garantia à convivência comunitária e familiar, previstos nos art. 4º a 8º da Lei nº 13.146/2015, esbarram na internação de pacientes em instituições manicomiais como os HCTPs.

Além disso, o tratamento mais gravoso que se observa na execução das medidas de segurança, em comparação com as privativas de liberdades, infringem o texto legal que prevê, em seu art. 79, §2º: “devem ser assegurados à pessoa com deficiência submetida a medida restritiva de liberdade todos os direitos e garantias a que fazem jus os apenados sem deficiência, garantida a acessibilidade (BRASIL, 2015). Por fim, todos os direitos da pessoa com deficiência, sem exceção, devem ser garantidos àqueles em que foi imposta sanção penal (art. 81, da lei nº 13.146/2015).

Do exposto, observa-se que a reforma psiquiátrica implementada (e ativa) no Brasil promoveu significativas mudanças nas práticas em saúde mental e nas instituições, públicas e privadas, destinadas ao seu cuidado. A legislação é clara ao assegurar o novo modelo assistencial, fruto de avanços teóricos, políticos, culturais e sociais dos movimentos populares de luta. Mas tudo isso é desafiado pela permanência do HCTP e do tratamento dispensado aos inimputáveis por doença mental. Para eles parece não ter havido qualquer avanço.

3.3 Programas de atenção ao paciente judiciário: possíveis soluções às exclusões

Em contraponto às conclusões esboçadas no tópico anterior, acerca das insuficiências da legislação federal para conformar a custódia psiquiátrica-penal à reforma, nesta parte pretende-se apresentar experiências que conseguiram transformar esse cenário.

Nesse sentido, dois programas estatais fazem parte de um movimento vanguardista de redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental no âmbito do poder judiciário. O Programa de Atenção ao Louco-Infrator – PAILI, em Goiás, e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ, em Minas Gerais, propõem alternativas institucionais à tradicional internação do inimputável em HCTP ou similar.

O programa mineiro é vinculado ao Tribunal de Justiça e tem como idealizadora a psicanalista Fernanda Otoni de Barros-Brisset, sua coordenadora clínica. Iniciado nos anos 2000, na cidade de Belo Horizonte/MG, o projeto determina novas diretrizes para a política de atenção judicial ao portador de sofrimento psíquico em conflito com a lei, seja durante o processo criminal, seja na execução da medida de segurança. Essa intervenção é sustentada tanto pela Lei nº 10.216/2001, quanto, à época, pelo processo de desospitalização geral em voga na rede municipal de saúde, com amparo na lei estadual nº 11.802/1995 (BARROS-BRISSET, 2010, p. 11; 21). Assim, foi editada a portaria conjunta nº 25/2001 entre o TJMG, o Centro Universitário Newton Paiva e a Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo a autora, o programa pretende acompanhar o denominado paciente judiciário durante o processo criminal e a execução da medida de segurança, a partir de uma abordagem interdisciplinar e multisetorial, de modo que não seja necessário recorrer à internação em manicômio judiciário (BARROS-BRISSET, 2010, p. 13). O mecanismo é denominado de “dispositivo conector”, pois faz um elo de atuação entre o judiciário e a saúde para uma experiência homogênea e individualizadora de atenção (BARROS-BRISSET, 2010, p. 22).

Seguindo influências teóricas da psicanálise, a equipe do programa concluiu que o processo criminal e o projeto terapêutico do paciente devem se estruturar, na medida do possível, a partir de dispositivos de responsabilização do sujeito, de atribuição de consequências aos seus atos, independentemente do reconhecimento de sua inimputabilidade penal. E isso só poderia se concretizar a partir de sua inserção em uma

rede de acompanhamento em meio aberto, nos moldes ambulatoriais. Uma solução jurídica, portanto, que se inscreve no contexto social das relações do sujeito com a vítima e sua comunidade, diferentemente da internação em ambiente asilar (BARROS-BRISSET, 2010, p. 24-25). Assim, não haveria, a rigor, distinção no manejo clínico dos portadores de sofrimento psíquico, estejam eles em conflito com a lei ou não.

Para exemplificar o sucesso do programa, no ano de 2010, passaram por ele 755 pacientes judiciários, sendo que 489 foram desligados por não haver mais necessidade de tratamento intersetorial. Dos 266 que persistiram, 210 fizeram o tratamento na rede substitutiva de saúde mental e moravam com seus familiares. A condição, contudo, era comparecer regularmente ao Judiciário para comprovação do cumprimento das atividades. Os 18 pacientes restantes, por seus quadros de instabilidade e crise, tiveram que receber atenção 24 horas, mas, ainda assim, nos serviços substitutivos da rede municipal, aqueles denominados “dia-noite” e de urgência (BARROS-BRISSET, 2010, p. 35). Outro ponto interessante refere-se às estatísticas de reincidência, ou melhor, à quase ausência dela. Aponta-se que, naquele ano, apenas 2% dos pacientes reincidiram, e em delitos de menor potencial ofensivo ou contra o patrimônio (BARROS-BRISSET, 2010, p. 35).

Atualmente, a resolução nº 944/2020 da Presidência do TJMG regulamente o PAI-PJ, a qual dispõe em seu art. 1º:

Art. 1º O Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ tem por objetivo assessorar a Justiça de Primeira e Segunda Instâncias na individualização da aplicação e da execução das medidas socioeducativas, penas e medidas de segurança aos pacientes judiciários, através de proposições fundamentadas na Lei federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, conforme o disposto nesta Resolução. Parágrafo único. Considera-se paciente judiciário, para os fins desta Resolução, o indivíduo em situação de sofrimento psíquico que seja:

- I - custodiado, indiciado, réu ou sentenciado com pena ou medida de segurança, durante o curso do respectivo inquérito policial ou processo criminal;
- II - adolescente autor de ato infracional

Cada equipe interdisciplinar do programa, responsável por até 60 pacientes judiciários, é composta por um assistente social, um bacharel em direito e um psicólogo. Suas atribuições estão descritas no artigo 8º da referida Resolução, a qual descreve o funcionamento desse modelo alternativo à internação em HCTP:

Art. 8º São atribuições do PAI-PJ, por meio dos seus Núcleos Regionais:

- I - promover o estudo e o acompanhamento dos processos criminais e infracionais em que figurem pacientes judiciários, **visando à elaboração de projeto de atenção integral, conforme a singularidade de cada caso;**
- II - realizar o acompanhamento jurídico e clínico-social do paciente judiciário com vistas a garantir o exercício do direito à liberdade de expressão como

corolário da dignidade da pessoa humana, zelando para que a fala, o saber e o consentimento do paciente sejam considerados na proposição de soluções que concernem à sua responsabilidade;

III - atuar como um dispositivo conector entre o sistema jurídico e as redes públicas assistenciais atinentes ao paciente judiciário, mantendo contato, discussões e articulação intersetoriais, em caráter permanente, com: a) a rede pública de saúde, visando motivar e efetivar o projeto de integral atenção ao paciente judiciário que favoreça sua solução singular de laço social, segundo as disposições da Lei nº 10.216, de 2001; b) a rede social, visando à acessibilidade aos recursos para promoção social do paciente judiciário e à efetivação das políticas públicas pertinentes;

[...]

VI - sugerir à autoridade judicial medidas processuais pertinentes, com base em subsídios advindos do acompanhamento clínico-social do paciente judiciário realizado segundo modelo de saúde mental aberto e de base comunitária, segundo a Lei federal nº 10.216, de 2001;

VII - promover, em caso de internação, as articulações junto à rede pública de saúde ou conveniada para acolhimento do paciente judiciário em situação de grave sofrimento psíquico, conforme as diretrizes da lei federal nº 10.216, de 2001, visando prestar ao juiz competente as informações clínico-sociais necessárias à garantia dos direitos do paciente judiciário, segundo a Recomendação do Conselho Nacional de Justiça - CNJ nº 35, de 12 de julho de 2011 [...]

(grifos nossos)

Desde a sua instalação, o programa foi ampliado para abarcar outras regiões que não apenas Belo Horizonte/MG. A capital conta com o núcleo supervisor e seu núcleo regional, o qual também acompanha a região metropolitana. Além disso, outros núcleos regionais foram criados nas comarcas interioranas de Governador Valadares, Teófilo Otoni, Itaúna, Barbacena, Juiz de Fora e Alfenas⁴³.

Já o programa goiano surge no ano de 2003, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde. De início, tinha como objetivo realizar um censo sobre a execução das medidas de segurança naquele estado, contudo, diante do cenário de violações encontrado e a partir do impulsionamento do projeto pelo Ministério Público, seu objetivo foi redimensionado. Da mesma forma que o ocorrido em Minas Gerais, no ano de 2006, há o redirecionamento do tratamento psiquiátrico daqueles em conflito com a lei para o sistema único de saúde (SILVA, 2010, p. 114). Nesse sentido, a definição sobre a terapêutica fica a cargo, como prevê a legislação de reforma, do médico:

Com autonomia para ministrar o tratamento nesse modelo inovador, os médicos e as equipes psicossociais das unidades de serviços abertos e das clínicas conveniadas ao SUS determinam e colocam em prática a melhor terapêutica, acompanhados de perto pelos profissionais do PAILI, cuja atuação é marcada pelo contato contínuo com os familiares dos pacientes e pela interlocução e integração com todo o sistema de saúde mental, especialmente os Centros de Apoio Psicossocial [CAPS] e as residências terapêuticas (SILVA, 2010, p. 114)

⁴³Informações extraídas do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça de Minas Gerais: <https://www.tjmg.jus.br/portal-tjmg/hotsites/relatorio-de-gestao-2018-a-2020/programa-pai-pj.htm#.YzSwDXbMK3A>. Acesso em 28 set. 2022.

O PAILI é responsável pela supervisão do tratamento do paciente judiciário nas clínicas e centros conveniados ao SUS, e faz a intermediação necessária com o sistema judicial afim de conduzir a medida de segurança imposta pelo juiz, que permanece em vigor no juízo da execução penal (SILVA, 2009, p. 19-21). A equipe também é multidisciplinar, composta de advogados, assistentes sociais, psicólogos, acompanhante terapêutico e auxiliar administrativo, mas, diferentemente do PAI-PJ, são profissionais vinculados ao sistema de saúde, e não ao poder judiciário (SILVA, 2009, p. 20).

No ano de 2019, eram 243 pacientes acompanhados em 77 municípios goianos, de acordo com dados divulgados no sítio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde⁴⁴.

Outra diferença para o PAI-PJ é que o PAILI se restringe a atender pacientes judiciários com medida de segurança já aplicada, após realização de perícia psiquiátrica, que agora passa a ser psicossocial (SILVA, 2009, p. 25-26). O programa mineiro, por seu turno, destina-se ao atendimento de indiciados, réus ou condenados em geral, tenha havido o incidente de insanidade ou não.

Essas duas experiências regionais, com décadas de implementação, demonstram a real possibilidade de que a reforma psiquiátrica possa ser implementada no âmbito penal. Ao mesmo tempo, indicam a urgência de que estratégias nacionais sejam tomadas para que as transformações ocorram de forma equânime em todo o território, com o fim de extinguir, de vez, os manicômios judiciais.

Em que pese não haver um programa nacional de atenção ao paciente judiciário nos moldes dos citados anteriormente, já há normativa suficiente para que os órgãos responsáveis sejam acionados, e convênios/parcerias sejam firmados para transformar a situação.

Assim, com o objetivo de adequar a execução das medidas de segurança ao preconizado pela lei nº 10.216/2001, foram elaboradas resoluções e portarias no âmbito do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP) e do Conselho Nacional de Direitos Humanos (CNDH). Além disso, houve alteração da jurisprudência dos Tribunais Superiores sobre o tema.

A resolução nº 113/2010 do CNJ limitou a prever em seu artigo 17 que: “o juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível, buscará

⁴⁴Disponível em: <https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7639-programa-de-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-ao-louco-infrator-paili>. Acesso em 29 set. 2022.

implementar políticas antimanicomiais”. Desse modo, incumbiu ao magistrado a discricionariedade para a reinterpretação da legislação penal à luz da reforma psiquiátrica.

Já no âmbito do CNPCP, fora editada inicialmente a resolução nº 05/2004, de forma a adequar as diretrizes nacionais de cumprimento das medidas de segurança à lei nº 10.216/2001. Contudo, o referido documento, na contramão da luta antimanicomial, reforçou a possibilidade de internação do inimputável em HCTP, apenas determinando que estes fossem reestruturados para se adequarem à nova realidade da assistência em saúde mental⁴⁵.

Já a resolução nº 4/2010 do CNPCP, com o objetivo de adequar as diretrizes nacionais de atenção ao paciente judiciário e a execução das medidas de segurança à lei de reforma, foi mais incisiva do que a anterior. Em diversos dispositivos determina que o tratamento deve ser nos serviços substitutivos de meio aberto e que seja evitada a internação em manicômios judiciários⁴⁶. Além disso, há previsão de estruturação de um programa nacional de atenção ao paciente judiciário, para substituição do modelo manicomial, no prazo de 10 anos, o qual se esgotou em 2020⁴⁷.

Por fim, a resolução nº 8/2019 do CNDH, ao tratar da política nacional sobre o uso problemático de álcool e outras drogas, e especificamente sobre a internação compulsória quando da prática de atos tipificados como crimes, denuncia a precariedade

⁴⁵7. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS, adequando-se aos padrões de atendimento previstos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria e aos princípios de integralidade, gratuidade, equidade e controle social 8. Nos Estados onde não houver Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico os pacientes deverão ser tratados na rede SUS.

⁴⁶Art. 1º - O CNPCP, como órgão responsável pelo aprimoramento da política criminal, recomenda a adoção da política antimanicomial no que tange à atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.

§ 1º - Devem ser observados na execução da medida de segurança os princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental que deve acontecer de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto;

Art. 4º - Em caso de internação, mediante o laudo médico circunstanciado, deve ela ocorrer na rede de saúde municipal com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário.

Parágrafo único —Recomenda-se às autoridades responsáveis que evitem tanto quanto possível a internação em manicômio judiciário.

⁴⁷Art. 2º - A abordagem à pessoa com doença mental na condição de autor do fato, réu ou sentenciado em processo criminal, deve ser objeto de atendimento por programa específico de atenção destinado a acompanhar o paciente judiciário nas diversas fases processuais, mediando as relações entre o Poder Judiciário e o Poder Executivo, visando à promoção da individualização da aplicação das penas e medidas de segurança e no encaminhamento das questões de execução penal dos pacientes judiciários;

I —A União e os Estados devem garantir que o programa específico de atenção ao paciente judiciário tenha extensão em todo o território nacional, podendo contar nos Estados com uma estrutura central e núcleos regionais ou municipais.

Art. 6º - O Poder Executivo, em parceria com o Poder Judiciário, irá implantar e concluir, no prazo de 10 anos, a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial, valendo-se do programa específico de atenção ao paciente judiciário.

dos HCTPs em seus artigos 22 e 24⁴⁸. A normativa determina que é necessário reestruturar o sistema vigente para banir as internações em asilos e inserir os portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei integralmente na atenção psicossocial em liberdade.

As regulamentações administrativas exaradas encontram obstáculo para serem integralmente implementadas não apenas na inércia dos gestores públicos, mas também na permanência da legislação penal que prevê a existência de medida de segurança detentiva e o HCTP como local por excelência para sua execução. Desse modo, as medidas alternativas são suplantadas pelas determinações exaradas no âmbito do processo penal⁴⁹.

⁴⁸Art. 22 A condição dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico conhecidos como Manicômios Judiciários reflete uma total falência de um cuidado integral com vistas a reinserção da pessoa internada. O último relatório de 2015 realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), em conjunto com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde (AMPASA), indicou que o Manicômio Judiciário reúne o pior da segregação com o pior do estigma. Constata a precariedade das condições nestas instituições e as constantes violações de direitos, que não estão restritas a saúde, mas também ao direito ao acesso a assistência jurídica. Neste sentido deve haver uma completa reestruturação do sistema, que deverá considerar:

I - O(A) portador(a) de transtornos mentais em conflito com a lei e considerado inimputável tem como pressuposto a necessidade de tratamento em dispositivos de saúde e em caso de restrição de liberdade, deve garantir a preservação dos direitos fundamentais a qualquer cidadã(o) além de ofertar um cuidado pautado na lógica da atenção psicossocial e orientado para a reinserção social destes indivíduos;

II - Deve ser garantida a intervenção conjunta com as equipes da Rede de Atenção Psicossocial, a qual deve acontecer de forma regular e contínua, como previsto no plano nacional de assistência prisional, independente do tipo de instituição restritiva de liberdade onde se encontre o indivíduo.

III - A internação compulsória, hoje apenas tipificada com vistas a medida de segurança, é uma medida de evidente violação à lei 10.216/2001 Considerando os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, visto que esta lei veta explicitamente a internação de pessoas em instituições de características asilares em seu artigo 4º, §3º e no artigo 9º, que prevê levar-se em conta "as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários;" bem como à Lei Brasileira de Inclusão em seus artigos 14, artigo 15 e artigo 19.

Parágrafo Único. São necessárias ações imediatas para construção de uma política de cuidado aos(as) portadores(as) de transtornos mentais em conflito com a lei que se adeque à lógica da atenção psicossocial, ou seja, que prescindia de espaços de asilamento e violação de direitos - modelo hoje representado pelos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico

[...]

Art. 24 A medida de segurança aplicada aos(as) portadores(as) de transtornos mentais ou em medida de uso problemático de drogas em conflito com a lei e considerados inimputáveis, configuram-se em medidas de tratamento e não medidas de punição. Desta forma, estas(es) usuárias(os) passam a ser regidos pela Lei nº 10.216/2001, sendo a internação em instituições asilares proibidas.

Parágrafo Único As condições dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico ("Inspeção aos manicômios" CFP, 2015) e a orientação de prioridade de cuidado em serviços comunitários pressupostos na Lei nº 10.216/2001, torna fundamental a reorientação das determinações vigentes para sua adequação a legislação sobre o tema e assim considerar iniciativas de cuidado em liberdade para a clientela portadora de transtorno mental e/ou usuários(as) problemáticos(as) de álcool e outras drogas tais como o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator/PAILI (ganhador do prêmio Inovare 2009) e 10.criar novos protocolos para esta grave situação de violação de direitos no país.

⁴⁹Cenário legislativo difícil de ser transposto. O projeto de lei do novo Código Penal, em trâmite no Senado sob o nº 236/2012, continua a prever a imposição de medida de segurança para o inimputável, inclusive a do tipo internação. O tímido avanço consiste apenas na previsão de limite de tempo máximo para sua execução, sendo que, extrapolado este, a internação poderá persistir, por determinação do juízo cível (BRASIL, 2012).

Então, também é papel do Judiciário ser voz ativa na alteração do quadro fático exposto, o que pode ser feito por meio da reinterpretação jurisprudencial dos dispositivos penais, inclusive com o reconhecimento da inconstitucionalidade de alguns. Nesse sentido, ao longo dos últimos anos os Tribunais Superiores proferiram decisões que alteraram, em certa medida, o regime das medidas de segurança no país.

O primeiro aspecto a ser evidenciado refere-se à ausência de previsão legislativa sobre o limite temporal das medidas de segurança. Diante disso, o STF, no HC nº 84.219/SP, datado de 2004, em interpretação sistemática, entendeu que o limite máximo de 30 anos de cumprimento de pena previsto para a privativa de liberdade também deveria ser aplicado às medidas de segurança, já que há vedação constitucional expressa a penas

de caráter perpétuo⁵⁰. Hoje, pela alteração promovida pela lei 13.964/2013 (Pacote Anticrime), esse limite seria de 40 anos⁵¹.

O STJ, por outro lado, ampliou a vedação imposta pelo STF para decidir que o limite máximo de cumprimento das medidas de segurança deveria ser, em verdade, a pena máxima abstratamente cominada ao delito praticado, o que gerou a edição da súmula nº 527 com essa redação. Nos julgamentos que antecederam a propositura do verbete, a exemplo do HC nº 286.733/RS⁵², o fundamento decisório consistiu na aplicação dos

⁵⁰LIMINAR MEDIDA DE SEGURANÇA - ULTRAPASSAGEM DO PRAZO MÁXIMO DE CUSTÓDIA DE TRINTA ANOS - EXTINÇÃO PRETENDIDA - LIMINAR - TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DA REDE PÚBLICA - DEFERIMENTO. 1. De acordo com a inicial de folha 2 a 7, a paciente encontra-se sob a custódia do Estado, embora internada em hospital, há mais de trinta anos, estando excedido, assim, o prazo máximo previsto no artigo 75 do Código Penal. No ato apontado como configurador de constrangimento, a Sexta Turma do Superior Tribunal de Justiça proclamou que "a lei penal não prevê limite temporal máximo para o cumprimento da medida de segurança, somente condicionada à cessação da periculosidade do agente". Articula-se com o disposto não só no citado artigo 75 do Código Penal, como também com a norma do artigo 183 da Lei de Execuções Penais, evocando-se precedentes do Superior Tribunal de Justiça, em processos nos quais funcionaram como relatores os ministros José Arnaldo da Fonseca e Felix Fischer, no sentido de ter-se a medida de segurança balizada pela duração da pena imposta ao réu. Sustenta-se que, mesmo persistindo a doença mental e havendo necessidade de tratamento após a declaração da extinção da punibilidade, este deve ocorrer em hospital psiquiátrico, cessada a custódia. Requer-se a concessão de medida acauteladora que viabilize a remoção da paciente para hospital psiquiátrico da rede pública, onde deverá ser submetida a tratamento adequado de forma a possibilitar a futura transferência para colônia de desinternação progressiva, ressaltando-se que, embora a internação haja perdurado por todo esse tempo, o tratamento mostrou-se ineficaz. O pleito final formulado visa à extinção da medida de segurança, providenciando-se, se não acolhido o pedido de concessão de liminar, a transferência para hospital psiquiátrico. À inicial juntaram-se os documentos de folha 8 a 133.2. Observe-se a garantia constitucional que afasta a possibilidade de ter-se prisão perpétua. A tanto equivale a indeterminação da custódia, ainda que implida sob o ângulo da medida de segurança. O que cumpre assinalar, na espécie, é que a paciente está sob a custódia do Estado, pouco importando o objetivo, há mais de trinta anos, valendo notar que o pano de fundo é a execução de título judiciário penal condenatório. O artigo 75 do Código Penal há de merecer o empréstimo da maior eficácia possível, ao preceituar que o tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a trinta anos. Frise-se, por oportuno, que o artigo 183 da Lei de Execução Penal delimita o período da medida de segurança, fazendo-o no que prevê que esta ocorre em substituição da pena, não podendo, considerada a ordem natural das coisas, mostrar-se, relativamente à liberdade de ir e vir, mais gravosa do que a própria pena. É certo que o § 1º do artigo 97 do Código Penal dispõe sobre prazo da imposição da medida de segurança para inimputável, revelando-o indeterminado. Todavia, há de se conferir ao preceito interpretação teleológica, sistemática, atentando-se para o limite máximo de trinta anos fixado pelo legislador ordinário, tendo em conta a regra primária vedadora da prisão perpétua. A não ser assim, há de concluir-se pela inconstitucionalidade do preceito.3. Defiro a liminar pleiteada para que se implemente a remoção da paciente, implicando a internação desta em hospital psiquiátrico comum da rede pública.4. Estando nos autos as peças indispensáveis ao julgamento do habeas, colha-se o parecer da Procuradoria Geral da República.5. Publique-se. Brasília, 24 de abril de 2004. Ministro MARCO AURÉLIO Relator (STF - HC: 84219 SP, Relator: Min. MARCO AURÉLIO, Data de Julgamento: 24/04/2004, Data de Publicação: DJ 03/05/2005 PP-00011)

⁵¹Art. 75, CP: O tempo de cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 40 (quarenta) anos

⁵²EXECUÇÃO PENAL. HABEAS CORPUS. (1) IMPETRAÇÃO SUBSTITUTIVA. IMPROPRIEDADE DA VIA ELEITA. (2) SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. LIMITE DE DURAÇÃO DA MEDIDA. PENA MÁXIMA COMINADA IN ABSTRATO AO DELITO COMETIDO. (3) AUSÊNCIA DE ILEGALIDADE. TEMPO DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE INFERIOR AO PRAZO MÁXIMO ABSTRATAMENTE

princípios da isonomia e da proporcionalidade, na vertente de proibição do excesso, para evitar tratamento mais gravoso ao inimputável, se comparado ao imputável. Já no HC nº 285.953/RS⁵³, apontou-se o fato de que a medida de segurança é espécie de sanção penal.

Outra alteração jurisprudencial mais recente originou-se do julgamento dos embargos de divergência no Resp nº 998.128/MG ⁵⁴ em que o STJ concluiu que, a

COMINADO. (4) WRIT NÃO CONHECIDO. 1. É imperiosa a necessidade de racionalização do emprego do habeas corpus, em prestígio ao âmbito de cognição da garantia constitucional, e, em louvor à lógica do sistema recursal. In casu, foi impetrada indevidamente a ordem como substitutiva de recurso especial. 2. O prazo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito cometido. No caso em apreço, não se vislumbra manifesta ilegalidade, apta a ensejar a concessão da ordem, de ofício, uma vez que o paciente está internado há 9 (nove) anos, tempo inferior ao máximo abstratamente cominado de 13 (treze) anos e 4 (quatro) meses de reclusão. 3. Writ não conhecido. (STJ - HC: 286733 RS 2014/0007843-5, Relator: Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, Data de Julgamento: 25/11/2014, T6 - SEXTA TURMA, Data de Publicação: DJe 15/12/2014)

⁵³ HABEAS CORPUS SUBSTITUTIVO DE RECURSO ESPECIAL. NÃO CABIMENTO. RESSALVA DO ENTENDIMENTO PESSOAL DA RELATORA. HOMICÍDIO SIMPLES TENTADO E HOMICÍDIO QUALIFICADO TENTADO. MEDIDA DE SEGURANÇA DE INTERNAÇÃO. PRORROGAÇÃO. DECISÃO FUNDAMENTADA. LAUDOS PERICIAIS. PERMANÊNCIA DA PERICULOSIDADE DO AGENTE. PRINCÍPIO DO LIVRE CONVENCIMENTO MOTIVADO. VEDAÇÃO CONSTITUCIONAL DE PENAS PERPÉTUAS. LIMITAÇÃO DO TEMPO DE CUMPRIMENTO AO MÁXIMO DA PENA ABSTRATAMENTE COMINADA. PEDIDO DE DESINTERNAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. ORDEM DE HABEAS CORPUS NÃO CONHECIDA. 1. A Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal e ambas as Turmas desta Corte, após evolução jurisprudencial, passaram a não mais admitir a impetração de habeas corpus em substituição ao recurso ordinário, nas hipóteses em que esse último é cabível, em razão da competência do Pretório Excelso e deste Superior Tribunal tratar-se de matéria de direito estrito, prevista taxativamente na Constituição da República. 2. Esse entendimento tem sido adotado pela Quinta Turma do Superior Tribunal de Justiça, com a ressalva da posição pessoal desta Relatora, também nos casos de utilização do habeas corpus em substituição ao recurso especial, sem prejuízo de, eventualmente, se for o caso, deferir-se a ordem de ofício, em caso de flagrante ilegalidade. 3. As instâncias ordinárias constataram, com fulcro em laudos periciais, que o Paciente não está em condições de retornar ao convívio social. Em decorrência dessa constatação, decidiram pela manutenção da medida de segurança, com possibilidade de alta progressiva. 4. Consoante o disposto no art. 182 do Código de Processo Penal, o laudo pericial não vincula o magistrado, que poderá aceitá-lo ou rejeitá-lo, no todo ou em parte, desde que o faça em decisão validamente motivada, o que restou observado no caso em apreço. 5. Nos termos do atual posicionamento desta Corte, o art. 97, § 1.º, do Código Penal, deve ser interpretado em consonância com os princípios da isonomia, proporcionalidade e razoabilidade. Assim, o tempo de cumprimento da medida de segurança, na modalidade internação ou tratamento ambulatorial, deve ser limitado ao máximo da pena abstratamente cominada ao delito perpetrado e não pode ser superior a 30 (trinta) anos, situações não ocorrentes no caso. 6. Ordem de habeas corpus não conhecida. (STJ - HC: 285953 RS 2013/0422383-2, Relator: Ministra LAURITA VAZ, Data de Julgamento: 10/06/2014, T5 - QUINTA TURMA, Data de Publicação: DJe 24/06/2014)

⁵⁴ PENAL. EMBARGOS DE DIVERGÊNCIA EM RECURSO ESPECIAL. PARADIGMA EM HABEAS CORPUS. IMPOSSIBILIDADE. ATENTADO VIOLENTO AO PUDOR. INIMPUTABILIDADE DO RÉU. SENTENÇA ABSOLUTÓRIA IMPRÓPRIA. MEDIDA DE SEGURANÇA. INTERNAÇÃO EM MANICÔMIO JUDICIÁRIO. SUBSTITUIÇÃO POR TRATAMENTO AMBULATORIAL. CRIME PUNIDO COM PENA DE RECLUSÃO. ART. 97 DO CP. POSSIBILIDADE. EMBARGOS REJEITADOS.

1. Os embargos de divergência em recurso especial, ao tempo em que solucionam a lide, têm por finalidade possibilitar ao Superior Tribunal de Justiça que resolva a discordância existente entre seus órgãos fracionários na interpretação de lei federal, com objetivo de uniformização da jurisprudência interna corporis.

2. Esta Corte tem entendimento de que somente se admitem como acórdãos paradigmas os proferidos no âmbito de recurso especial e de agravo que examine o mérito do especial, não sendo aptos a tal finalidade

despeito da previsão do art. 97 do CP, cabe ao magistrado, nos casos de crime apenados com reclusão, escolher o tipo de tratamento mais adequado. Assim, abre-se margem para que seja priorizada pelo Juiz a imposição de medida de segurança ambulatorial, a ser efetivada em meio aberto.

Observa-se que, apesar de ao longo dos vinte anos de vigência da lei nº 10.216/2001, não ter havido a estruturação de um programa nacional de atenção ao paciente judiciário, de modo a inseri-lo integralmente nos serviços substitutivos vinculados ao SUS, as experiências estaduais demonstram a plena possibilidade de a medida alcançar sucesso.

Como visto, já há um cenário legislativo e jurisprudencial favorável à modificação da custódia psiquiátrico-penal, contudo, é preciso conjugá-los com vontade política. Do contrário, as normas serão apenas letra morta frente à inércia dos governantes.

O capítulo seguinte será destinado às conclusões de um trabalho de campo empreendido na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe, com o objetivo de investigar a sua estrutura, a rotina da execução penal e o perfil sociodemográfico dos indivíduos ali internados.

os arestos no âmbito de ação rescisória, habeas corpus, conflito de competência, tampouco em sede de recurso ordinário em mandado de segurança, como na espécie.

3. "Tal interpretação veio a ser corroborada pelo art. 1.043, § 1º, do CPC/2015, que restringiu, expressamente, os julgados que podem ser objeto de comparação, em sede de embargos de divergência, a recursos e ações de competência originária, não podendo, portanto, funcionar como paradigma acórdãos proferidos em ações que têm natureza jurídica de garantia constitucional, como os habeas corpus, mandado de segurança, habeas data e mandado de injunção. O mesmo raciocínio vale para enunciados de súmula de tribunais" (AgRg nos EAREsp 1.243.022/DF, Rel. Ministro REYNALDO SOARES DA FONSECA, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 10/10/2018, DJe 22/10/2018).

4. Hipótese em que se verifica posicionamento dissonante entre as Turmas que compõem a Terceira Seção desta Corte quanto ao direito federal aplicável (art. 97 do CP. "Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial").

5. A doutrina brasileira majoritariamente tem se manifestado acerca da injustiça da referida norma, por padronizar a aplicação da sanção penal, impondo ao condenado, independentemente de sua periculosidade, medida de segurança de internação em hospital de custódia, em razão de o fato previsto como crime ser punível com reclusão.

6. Para uma melhor exegese do art. 97 do CP, à luz dos princípios da adequação, da razoabilidade e da proporcionalidade, não deve ser considerada a natureza da pena privativa de liberdade aplicável, mas sim a periculosidade do agente, cabendo ao julgador a faculdade de optar pelo tratamento que melhor se adapte ao inimputável.

7. Deve prevalecer o entendimento firmado no acórdão embargado, no sentido de que, em se tratando de delito punível com reclusão, é facultado ao magistrado a escolha do tratamento mais adequado ao inimputável, nos termos do art. 97 do Código Penal.

8. Embargos de divergência rejeitados. (EResp 998.128/MG, Rel. Ministro RIBEIRO DANTAS, TERCEIRA SEÇÃO, julgado em 27/11/2019, DJe 18/12/2019)

4 PESQUISA EMPÍRICA NA UNIDADE DE CUSTÓDIA PSIQUIÁTRICA DE SERGIPE: QUE LUGAR É ESSE?

A pesquisa teórica acerca do surgimento e permanência do HCTP no sistema de justiça criminal brasileiro, especialmente após a reforma psiquiátrica, afluou o desejo de realizar trabalho de campo na instituição sediada em Sergipe, atualmente denominada de Unidade de Custódia Psiquiátrica (UCP).

Como visto, no âmbito da assistência em saúde mental, reserva-se tratamento mais gravoso ao portador de sofrimento psíquico em conflito com a lei, a despeito do sistema protetivo em voga. Nesse sentido, sair das constatações teóricas para o universo empírico, sobretudo dentro do território da pesquisadora, apresentou-se como um caminho agregador à pesquisa. Observar, na prática, a ambivalência da instituição e das relações humanas travadas dentro dela, bem como os eventuais impactos da reforma psiquiátrica nesse setor, poderia robustecer as conclusões já delineadas nos capítulos anteriores. Ou, quem sabe, refutá-las em alguma medida.

Ademais, no primeiro capítulo, foram trazidos alguns dados estatísticos nacionais acerca da custódia psiquiátrico-penal. Contudo, os números apresentados são insuficientes para uma descrição atualizada e individualizada da execução da medida de segurança detentiva no cenário sergipano.

Nesse sentido, este capítulo tratará do delineamento e das conclusões de um trabalho de campo realizado na UCP/SE, como parte da pesquisa que originou a presente dissertação. Para tanto, ele será dividido em quatro subtópicos. No primeiro, será apresentado o roteiro da pesquisa empírica empreendida, consubstanciado na metodologia, técnicas de coleta de dados e amostragem eleitas para a sua confecção, em sintonia com o problema, hipóteses e objetivos previamente estabelecidos e submetidos à apreciação ética. O segundo e terceiro subtópicos destinam-se à apresentação e análise dos dados coletados naquele cenário, de modo a descortinar, ao menos em parte, o formato da execução da medida de segurança detentiva em Sergipe e o perfil da população internada. O quarto e último subtópico objetiva cotejar as conclusões dos anteriores com as mudanças implementadas pelo novo modelo de assistência em saúde mental, de modo a investigar se houve efetiva influência, e a sua extensão, nas práticas institucionais.

4.1 Aspectos metodológicos da pesquisa empírica

O problema de pesquisa que originou o presente trabalho de campo é a indagação sobre o papel do paradigma retributivo na permanência da UCP como local autorizado ao

internamento dos inimputáveis por doença mental e sobre a existência de eventuais modificações nesse cenário, com o advento da reforma psiquiátrica.

A principal hipótese para o problema apresentado, e que será melhor delineada no último capítulo, é a criação de um obstáculo epistemológico pela racionalidade penal moderna, consubstanciado na necessária correlação entre aflição e resposta estatal ao cometimento de um delito (PIRES, 2004). Fato este que impede a implementação de respostas alternativas que visem a composição do conflito entre as partes. Nesse sentido, o HCTP permanece porque ele também faz parte da engrenagem do sistema criminal e do arcabouço teórico que o fundamenta, além de sofrer, também, a ingerência de premissas da psiquiatria de matriz clássica.

Com isso, a lógica punitivista incidente sobre a custódia psiquiátrica apresenta-se como impeditivo teórico para a integral aplicação da reforma nesse setor. O objetivo do trabalho de campo é analisar a influência dessa obrigação de punir sob uma perspectiva empirista. Afinal, é apenas *in loco* que se pode “encontrar verdadeiramente a dinâmica da experiência humana vivida” (ANGROSINO, 2009, p. 16). Experiências que poderão demonstrar como a associação de periculosidade a um sujeito específico autoriza a sua segregação em ambiente asilar e carcerário.

De que modo a estruturação física, a rotina e as relações travadas nesse espaço desvelam a afluência que caracteriza a execução da medida de segurança? Houve, em algum aspecto, assimilação do novo modelo de assistência em saúde mental? Estas são algumas das perguntas que nortearam a roteirização do trabalho complementar à pesquisa teórica.

Ressalte-se que, por envolver pesquisa com seres humanos, o projeto, e a documentação correlata, foram previamente submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CEP-UFS), via Plataforma Brasil, com autorização concedida no parecer consubstanciado de nº 5.449.796⁵⁵, datado de 06 de junho de 2022, e anexado à presente dissertação.

É importante salientar que a definição dos aspectos metodológicos e do roteiro de pesquisa norteou-se pela exiguidade do tempo que envolve uma pesquisa de mestrado, e também pelas limitações acadêmicas da própria pesquisadora. O intuito não é esgotar as

⁵⁵Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE de nº 57604522.5.0000.5546.

potencialidades de um espaço tão vasto como a UCP, mas trabalhar com aquilo que é possível, de modo a enriquecer a pesquisa teórica que já vinha sendo empreendida⁵⁶.

Trata-se de pesquisa sócio-jurídica com aporte multidisciplinar. É, ainda, uma exploração de base etnográfica, já que se caracteriza pela “observação regular e repetida de pessoas [...] com a intenção de responder a alguma questão teórica sobre a natureza do comportamento ou da organização social” (ANGROSINO, 2009, p. 74). No caso, a observação voltou-se para o interior da UCP, para os indivíduos ali internados e para a organização do espaço.

Mas é preciso pontuar, também, que se tem como base uma etnografia do tipo crítica, ou seja, de caráter dialógico, dialético e colaborativo:

Uma etnografia dialógica é aquela que não é baseada nas relações de poder tradicionais de entrevistador e ‘informante’. Em vez disso, o pesquisador estabelece conversações recíprocas com as pessoas da comunidade. O sentido de uma perspectiva ‘dialética’ é que a verdade emerge da confluência de opiniões, valores, crenças e comportamentos divergentes e não de alguma falsa homogeneização imposta de fora. Além disso, as pessoas da comunidade absolutamente não são ‘objetos de conhecimento’; são colaboradores no esforço de pesquisa (ANGROSINO, 2009, p. 27-28)

Como metodologia para sua confecção elegeu-se o estudo de caso com abordagem exploratório-descritiva. Foram aplicadas duas técnicas complementares de coleta de dados: a observação participante e a pesquisa documental.

Na observação participante, o pesquisador insere-se na própria estrutura e nos fenômenos sociais que ele pretende analisar, por meio da vivência do cotidiano do campo (MINAYO, 2002, p. 60). Assim, durante a pesquisa, foram confeccionados diários de campo, a partir da observação da rotina dos internos e da equipe técnica da UCP. Acompanhou-se o máximo de atividades desenvolvidas com os pacientes, reuniões administrativas e trabalhos específicos desenvolvidos pelos setores psiquiátrico,

⁵⁶Acho importante abrir um parêntesis aqui sobre as incertezas que nortearam a escolha da pesquisa empírica para integrar a dissertação. Afinal, para um pesquisador, a autoanálise é fundamental. Pesquisei o tema da interlocução entre direito e psiquiatria desde a minha graduação, em 2016. Naquela época, tive a oportunidade de visitar uma única vez o então HCTP de Sergipe. Ali, percebi que nada do que tivesse lido sobre o tema se equipararia à realidade que me foi apresentada, e ao impacto dela nas minhas preconcepções. Saúde mental e prisão são temas que estão muito conectados com a experiência e com as relações humanas. É a expressão vívida da disciplinarização do corpo (FOUCAULT, 2014b). E o corpo está no mundo, no sensível, no palpável. Ao mesmo tempo que constatava isso, instalava-se em mim a dúvida sobre a minha capacidade de empreender uma pesquisa empírica nesse campo: pelas minhas limitações teóricas; pela burocracia que envolve a pesquisa científica no Brasil; pela exiguidade do tempo de um programa de mestrado; pela minha impossibilidade profissional de dedicação exclusiva. Mas, ao menos, eu tinha que tentar. E ainda bem que o fiz. O crescimento pessoal e profissional que obtive com o contato por três meses com aquela realidade é imensurável. Os seis anos lendo sobre o tema se tornaram ínfimos diante disso. Talvez as conclusões tecidas nesse capítulo não tenham tanta relevância para o contexto geral do trabalho, mas para a minha formação como pesquisadora, e como ser humano, foi sem precedentes.

cartorário, assistencial, educativo e de segurança. A observação também foi direcionada para as percepções da pesquisadora quanto às dinâmicas de interação, verbais ou não, dos internos entre si, e destes com os servidores da Unidade. Além, é claro, do estudo da estrutura física que constitui o espaço pesquisado.

Procedeu-se a uma análise qualitativa dos dados coletados nesse momento. Foi utilizada, para tanto, a ferramenta de análise do conteúdo verbal, de modo que a verificação não se restringiu às unidades de registro (palavras, frases) emitidas, mas às unidades de contexto (mensagem) em que elas foram expressas pelos participantes. Esse proceder permite desvelar o conteúdo subjacente a esses dados, as intenções e ideologias que permeiam o ato do sujeito (MINAYO, 2002, p. 74-76).

Já a pesquisa documental restringiu-se ao cartório da UCP, local onde são arquivados, por ordem alfabética, os dossiês de identificação dos internos, com os dados referentes à execução das suas medidas de segurança. A coleta de dados limitou-se às pastas dos internos que já possuíam medida de segurança definitiva imposta, excluindo-se, portanto, aqueles que estavam apenas sob internação provisória ou para estabilização por conta de doença mental superveniente⁵⁷.

Os documentos acessados corresponderam a laudos/exames psiquiátricos, fichas criminais, cópias de denúncias e sentenças penais, além de ofícios de comunicação entre a UCP e a Vara de Execuções Penais⁵⁸.

Foi confeccionado roteiro de pesquisa para definir os tipos de dados a serem analisados, ao levar em consideração os objetivos específicos da pesquisa. Nesse sentido, definiu-se três eixos de coleta: dados sociodemográficos, dados médico-psiquiátricos e dados jurídico-processuais.

Nesse sentido, anotou-se a idade, sexo, escolaridade, profissão e etnia dos internos, de modo a traçar o seu perfil sociodemográfico. Coletou-se, também, os diagnósticos psiquiátricos, de forma a compor o perfil de saúde mental dos internos. Por fim, também foram acessados a data de entrada na UCP, a data do fato criminoso, a data da sentença absolutória imprópria, o tipo penal imputado, o prazo mínimo da medida de

⁵⁷Art. 319, VII, do CPP e art. 183 da LEP

⁵⁸A pesquisa empírica restringiu-se ao espaço da UCP. Desse modo, optou-se por não acessar o inteiro teor dos processos judiciais dos internos. A pesquisa demandaria maiores burocracias com os trâmites de autorização pelo Poder Judiciário, além de um tempo adicional do qual a pesquisadora não dispunha. Nesse sentido, eventuais informações judiciais colhidas, referentes à execução das medidas de segurança, foram acessadas por meio de cópias de documentos judiciais contidas nos dossiês dos internos e arquivadas no cartório da Unidade. Informações estas que, ademais, são de caráter público, acessíveis por meio de consulta processual ao sítio eletrônico do TJSE, quando o processo não correr em caráter sigiloso.

segurança estabelecida, as datas dos laudos/exames de cessação de periculosidade, informações sobre internação provisória prévia, a existência de decisões de desinternação e eventual histórico de passagem anterior do interno na Unidade. Informações estas relativas ao perfil sociojurídico da execução penal.

Neste momento, procedeu-se a uma sistematização qualitativa e quantitativa dos dados.

Importante ressaltar que as informações coletadas nas duas etapas possuem natureza sensível e sigilosa, constitucionalmente protegidas pela inviolabilidade da intimidade, da vida privada e da imagem do indivíduo⁵⁹. Portanto, durante a coleta e divulgação dos dados, foram adotados critérios de anonimização, de modo a impossibilitar a identificação dos participantes da pesquisa, conforme resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

O local de pesquisa foi a Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe, localizada na Rua Argentina, nº 421, bairro América, Aracaju/SE. O prédio é datado de 1985 e, antes de sua destinação final, funcionou como centro de saúde, adjacente às instalações da antiga Casa de Detenção da capital⁶⁰ (SANTOS, 2016, p. 28).

O cronograma desenvolveu-se ao longo de cinco meses, entre agosto/2022 e dezembro/2022. Nesse período, os três primeiros meses corresponderam às idas semanais da pesquisadora à instituição. A frequência variava entre um e dois dias por semana, com permanência por cerca de quatro horas, a depender das atividades locais. O penúltimo mês foi reservado à organização e catalogação dos dados coletados, a partir da análise dos diários de campo confeccionados e das tabelas preenchidas pela análise documental dos dossiês. O último mês correspondeu à confecção e envio do relatório final da pesquisa para o CEP-UFS, para fins de aprovação.

A seguir, serão apresentadas as conclusões extraídas da pesquisa empírica.

4.2 Prédios, processos e pessoas: a rotina da Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe

Antes de demonstrar as minhas conclusões da observação participante na UCP, acho importante tecer a minha maior dificuldade ao escrever esse tópico: o excesso de

⁵⁹Art. 5º, X, da CF.

⁶⁰A antiga Casa de Detenção de Aracaju, localizada no bairro América, e popularmente conhecida por sua fachada em forma de castelo (“Castelo de Grayskull”), foi inaugurada em 1926 e desativada em 2007, após um histórico de superlotações e fugas. Atualmente, a estrutura que permaneceu após a demolição dos pavilhões abriga a Escola de Gestão Penitenciária de Sergipe (Egesp), local onde são formados os policiais penais que atuam na UCP e nas demais unidades prisionais do Estado.

informações contidas no meu diário de campo, e como filtrá-las. Como pesquisadora iniciante, esse foi um desafio.

É que “o processo de observação começa pela absorção e registro de tudo com a maior riqueza possível de detalhes e o mínimo possível de interpretação” (ANGROSINO, 2009, p. 56). E talvez esse seja o problema do início da pesquisa, têm-se que lutar com o desejo de registrar absolutamente tudo. Porque é apenas com o tempo, com repetidas observações, que se tomará consciência do que é essencial e a pesquisa se afunilará, já que as reproduções de padrões se apresentarão sistematicamente (ANGROSINO, 2009, p. 79).

Outro ponto importante que gostaria de destacar previamente é referente à análise que será feita dos comportamentos e relações dos sujeitos observados, em especial do corpo técnico, com quem tive mais contato. Nesses casos, ressalto que priorizei a descentralização da observação. Ou seja, as externalizações de seus comportamentos sofrem uma análise do ponto de vista do sistema social e de suas engrenagens, e não sob a perspectiva de sua individualidade ou das crenças de cada um sobre o tema abordado (GARCIA, 2014, p. 190).

Então, quando se trata, aqui, da descrição das atitudes, verbais ou não, dos policiais penais, por exemplo, não se está tecendo, a rigor, uma análise crítica sobre o indivíduo, mas sobre a estrutura institucional de execução de medida de segurança. Não é um estudo do agente, mas do esquema de pensamento que norteia o ambiente.

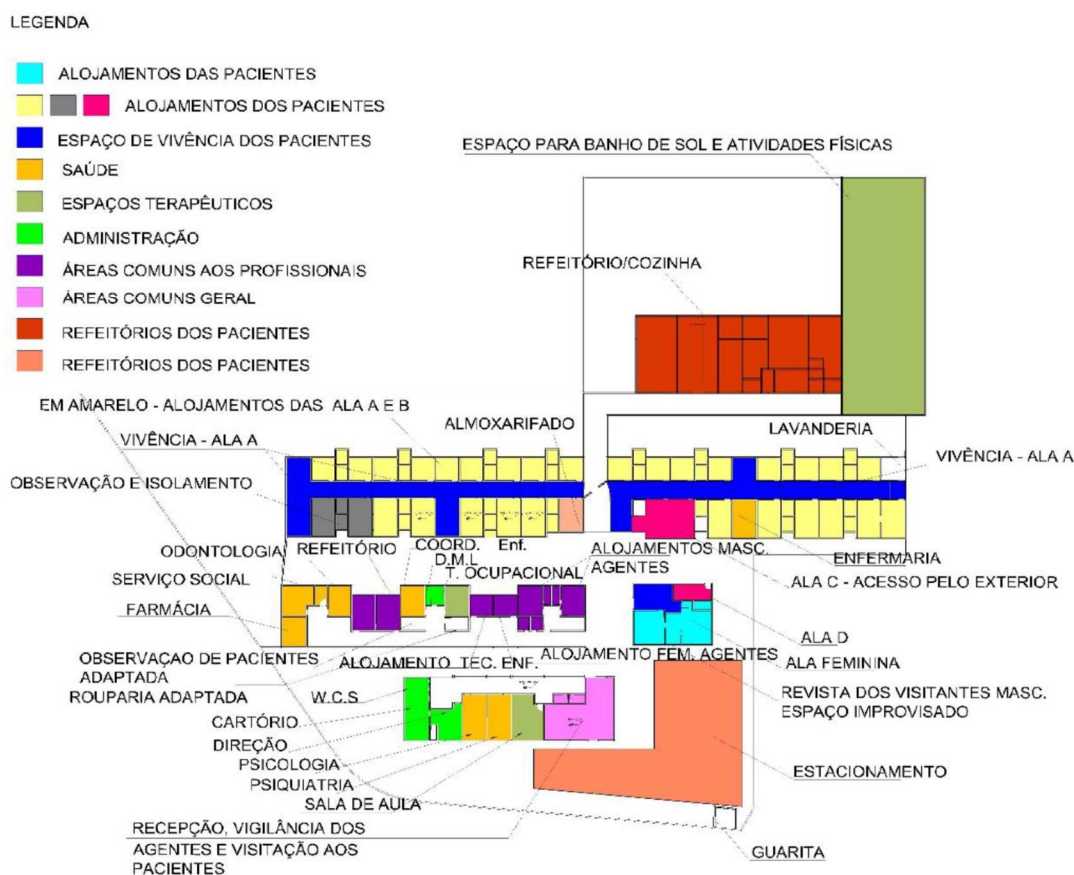
No meu primeiro dia, ao chegar em frente ao portão de ferro que isola a UCP do mundo externo, toquei a campainha. Uma portinhola se abriu, me identifiquei para o guarda e permitiram minha entrada. Aparentemente, já estavam me esperando. Esse ritual se repetiria em todos os 21 (vinte e um) dias em que estive lá.

De fora, os altos muros não permitem identificar o prédio da Unidade. É um ambiente térreo, similar a uma casa extensa, com vários anexos. As edificações aparentam ser antigas, e muitas de suas estruturas já estão gastas pelo tempo.



Fonte: google imagens

Posteriormente, tive contato com uma planta de setorização do local, a qual ilustra bem a divisão do espaço⁶¹:



Fonte: SANTOS, 2016

Cruzei a recepção, onde fica a maioria dos policiais penais de plantão. Nela, há um televisor que transmite as imagens das câmeras de segurança espalhadas pela Unidade, bem como um detector de metais e equipamentos de segurança, tais como algemas e cacetetes. Depois, percebi um armário de ferro que ficava trancado. Certo dia estava sentada na recepção, o observei ser aberto por um dos guardas que iria fazer a escolta dos internos, e notei que lá dentro eram guardadas as armas de alto calibre utilizadas pelo pessoal da segurança.

O uniforme dos policiais penais consiste em uma camisa preta. No entanto, percebi que algumas outras pessoas da Administração, que não eram necessariamente do corpo de segurança, priorizavam o uso de roupas pretas no trabalho. Curiosamente, ao

⁶¹Desde a confecção dessa planta, algumas mudanças já foram feitas. Onde ela indica sala de aula, hoje em dia está a direção da Unidade, e atualmente a sala de aula fica ao lado do refeitório desativado. A sala de psicologia está onde era a antiga sala de terapia ocupacional, serviço este que já não é mais disponibilizado. E onde a planta aponta a sala de psicologia, atualmente é a sala de atendimento do clínico geral. O serviço social, agora, está na antiga sala da direção.

longo da minha estadia lá e à medida que eu tinha mais contato com a equipe técnica, vi-me, inconscientemente, escolhendo roupas pretas para ir à Unidade. O convívio com esse setor e a necessidade de me integrar cada vez mais à rotina tiveram influência nesse processo.

Ainda no primeiro dia, notei que o pessoal dos serviços gerais, de empresa terceirizada, realizava a limpeza do local. Olhei para o lado e vi um interno recolhendo o lixo dos tonéis localizados na área externa. O reconheci porque estava com uniforme: uma blusa branca, uma calça amarela cortada na altura do joelho para formar uma bermuda e luvas de borracha. Mais tarde, obtive a informação de que alguns internos voluntariamente prestam serviços na Unidade. Apesar de não possuírem o benefício da remição, como os presos comuns, são incentivados pela administração ao trabalho, sob o argumento de que isso impacta positivamente em suas avaliações psicossociais e, consequentemente, na antecipação de suas saídas.

Dirigi-me à sala da diretora, para termos uma conversa inicial sobre minha estadia pelos próximos três meses. Senti que teria certa liberdade para circular no espaço, à exceção do contato direto com os internos, sem supervisão de policial, e do deslocamento dentro das alas onde ficam localizadas a maior parte das celas, ambos por razões de segurança. Essa é uma questão particular que envolve a pesquisa empírica em instituições de segurança, com a qual é preciso lidar (MELLO *et al*, 2017, p. 138-139).

Na oportunidade, a diretora falou sobre a mudança do nome da instituição, ocorrida há cerca de um ano, em 2021. Disse que o antigo nome, HCTP, gerava problemas. O termo “hospital” dificultava a realização dos serviços de uma maneira geral. Afirmou que as pessoas associavam o lugar a um estabelecimento de saúde e, por isso, demandavam uma assistência que eles não eram capazes de cumprir, por falta de estrutura física e de pessoal para tanto. Exemplificou com o fato de que, às vezes, não conseguiam transferir internos em crise para a urgência psiquiátrica do Hospital São José porque alegavam que o HCTP conseguiria suprir o atendimento médico necessário. O que não era o caso.

Afirmou que a Unidade chegou a ter, em um dado momento, 140 (cento e quarenta) internos, situação que se apresentava insustentável. A razão disso, em parte, era porque não havia filtros no sistema penitenciário e de saúde, o que acabava por enviar para lá muitos casos psiquiátricos para estabilização sem necessidade de internação⁶². O

⁶²A estabilização é o procedimento realizado com pacientes de outras unidades prisionais que chegam ao HCTP, sem medida de segurança, mas com necessidade de tratamento psiquiátrico, por conta de seu quadro

faziam apenas para se “livrarem do problema”. Assim, em articulação com agentes dos sistemas judiciário, prisional e de saúde, a direção conseguiu reduzir o quadro grave de superlotação, aplicando maiores filtros para receber esses pacientes externos.

Ainda assim, naquele dia, havia 84 (oitenta e quatro) internos na UCP, a qual tem capacidade máxima de 75 (setenta e cinco) pessoas. Do total internado, havia apenas 2 (duas) mulheres, uma em internação provisória e outra em estabilização, vinda do Presídio Feminino. Além disso, 45 (quarenta e cinco) internos cumpriam medida de segurança definitiva, dois estavam em estabilização e 37 (trinta e sete) cumpriam medida cautelar de internação provisória.

Ao fim da conversa, a diretora entregou-me um cronograma de atividades semanais realizadas com os internos, momentos em que eles saíam das celas ou alas. O referido documento me auxiliou bastante para planejar minhas idas ao local, de forma a observar o máximo de interações possíveis com eles.

A aceitação progressiva da minha presença, por parte da equipe técnica, foi de extrema importância para que eu presenciasse as atividades. Além disso, à medida que eu ganhava a confiança deles, era auxiliada quando dúvidas surgiam sobre a rotina do lugar. Nesse sentido, as relações pessoais travadas naquele espaço possuíam mais relevância do que qualquer explicação teórica que eu tentasse dar sobre a minha pesquisa, e sobre a relevância dela (WHYTE, 2005, p. 301).

Em alguns momentos, quando minha função lá dentro era confundida com a de estagiária, principalmente por alguns policiais penais, eu apenas ratificava a primeira impressão. Era mais fácil ser taxada dessa função do que de pesquisadora. Essa última posição trazia barreiras para a relação com as pessoas lá dentro. Às vezes, alguns deles externalizavam desconfiança com a pesquisa e com meus objetivos. Era mais fácil, portanto, não confrontar (MELLO *et al*, 2017, p. 137).

Ressalte-se que a “suspeita” sobre mim partia não apenas de alguns funcionários, mas dos próprios internos. Interagindo com eles, fui confundida com policial penal, psicóloga, psiquiatra e assistente social. E isso implicava em eles me enxergarem como uma agente “do outro lado”, vinculada ao sistema que os reprimia (MELLO *et al*, 2017, p. 140; 143)

de saúde mental. A praxe é que seja feita uma avaliação médica em, no máximo, 30 (trinta) dias, e, após isso, quinzenalmente. Inicialmente, é uma internação de caráter administrativo, mas, caso necessite de mais tempo para estabilização, a situação é informada ao Judiciário pela UCP.

Dito isto, passei a comparecer às atividades e a confeccionar meu diário de campo.

A rotina da UCP é estruturada da seguinte forma. A denominada interação coletiva ao ar livre, com todos os internos, é realizada às segundas, das 8h30 às 10h. Os atendimentos individuais com a única psicóloga são realizados às segundas, das 9h às 11h30 e das 14h às 16h. As consultas psiquiátricas são reservadas para as segundas, terças e quartas, das 14h às 16h. Já os atendimentos com o médico clínico são agendados para as quartas, das 8h30 às 11h30. Os projetos de educação de jovens e adultos- EJA e de leitura, com as duas pedagogas, acontecem às terças e quartas, das 8h30min às 11h30min. O atendimento dos internos no setor de serviço social é agendado para as terças e quintas, das 8h30 às 11h30. Para o serviço social também é previsto, nas quartas, das 8h30 às 11h, o que eles chamam de reunião de matriciamento individual do interno com os representantes do CAPS do município de sua origem. Há, ainda, a disponibilização de um curso de barbeiro, realizado todas as terças e quartas, das 13h30 às 14h30. Há, também, previsão de assistência religiosa, com representantes de matriz evangélica, às terças e sextas, das 13h30 às 14h30. Às quintas, ainda, é realizado, das 8h30 às 11h e das 13h30 às 14h30, o projeto de Educação e Saúde. E, por fim, as visitas dos familiares estão agendadas para as sextas, das 8h30 às 11h30.

A UCP é composta por 44 (quarenta e quatro) policiais penais, sendo que a diretora, o vice-diretor e o inspetor-geral fazem parte do referido quadro. Esse grupo atua não apenas na segurança, mas também na parte administrativa. No corpo médico, há um clínico geral e dois psiquiatras. Os demais membros da equipe de saúde são sete enfermeiros, 32 (trinta e dois) técnicos/auxiliares de enfermagem, um farmacêutico, um técnico em farmácia e um psicólogo. Há, além disso, dois assistentes sociais e dois pedagogos. Na parte administrativa, são três estagiários, um oficial administrativo, um motorista, dois vigilantes, um atendente e quatro funcionários de serviços gerais.

Apesar da quantidade considerável de servidores, os policiais penais e a equipe de saúde trabalham em regime de plantões. Então, são realizados rodízios entre eles, de modo que a unidade funciona, diariamente, sem o quadro completo da equipe.

Ao observar a interação coletiva, notei que o nome é um eufemismo para o “banho de sol”, tal qual o conhecemos nas unidades prisionais comuns. Inclusive, a maioria dos policiais penais o chamam pelo segundo nome.

Na primeira segunda que estive lá, não fui autorizada a acompanhar a atividade. Me prometeram na semana seguinte. A diretora disse que precisaria me apresentar aos internos por intermédio de uma equipe, além de definir um guarda para ficar perto de mim

nesse período. Disseram-me que nem todos os internos gostam de participar desse momento de interação. Aliás, quase nenhuma das atividades é obrigatória, mas percebi que há um forte discurso em torno de “é importante que você participe, isso será colocado na sua avaliação psicossocial”.

Observei a movimentação dos guardas para levar os internos, que estavam nas galerias/celas até o pátio. Um deles pegou uma penca de chaves, outro estava com pares de algemas nas mãos e outros dois portavam as armas retiradas do armário. Era perceptível a ansiedade dos internos para essa atividade. Ficavam gritando: “olhe o tempo! olhe o tempo!”. Para que fossem logo autorizados a irem para lá. Certa vez, ouvi um dos internos falar: “o banho de sol é toda segunda, mas essa segunda para chegar é uma eternidade”.

Todos dirigem-se a um pátio aberto, com chão de concreto, nos fundos da Unidade. No centro dele, há uma espécie de quiosque, que protege aqueles que não querem estar diretamente no sol. Os policiais penais que fazem a vigilância se dividem em setores diferentes de observação, mas sempre atrás de grades que isolam o pátio das demais áreas de convivência. Era desse lugar que eu também a observava.

Na ocasião, foi dito a mim que estão tentando conseguir um educador físico para acompanhar a atividade, mas que, até o momento, não lograram êxito. Alguns internos ficavam andando em círculos, tomando sol e ouvindo rádio. Outros estavam sentados nas cadeiras sozinhos ou em grupo conversando. Nos fundos, há dois pequenos gols com os quais eles jogam futebol com uma bola de vôlei desgastada.

Sobre os atendimentos psicológicos, não os acompanhei, por conta do sigilo paciente-profissional. Além disso, entendi que aquele era o único momento de efetiva privacidade do interno. Na sala ficava apenas ele e a psicóloga, sem vigilância policial. Senti que deveria respeitar aquele espaço único de vivência.

Certa vez, estava conversando com uma das estagiárias e passamos em frente à sala da psicóloga, a qual estava fechada. A estagiária me disse que já tinham pensado em substituir a porta da sala por uma de vidro, pois a administração tem receio quanto à segurança da profissional com os internos lá dentro, durante os atendimentos. Afirmou que, nesses casos, a porta não pode ficar aberta, para que os guardas não ouçam o que se discute em terapia.

Quando pude acompanhar as atividades educacionais, fui apresentada à coordenadora pedagógica, uma das servidoras mais antigas daquele estabelecimento.

Trabalha há 20 (vinte) anos na Unidade. Muito solícita, levou-me para conhecer a sala de aula, que fica aos fundos, junto ao pátio de banho de sol.

No caminho, passamos pelas celas externas que tinham cerca de 3 a 4 internos reclusos. Um deles estava do lado de fora, com um balde de água enchendo garrafas pet para entregar aos de dentro. Eles me olhavam intrigados. Ouvia o som de um rádio tocando música em uma das celas, e eles se comunicando com outras celas por gritos. Perguntei à pedagoga sobre o critério para deixar internos nessas celas externas, onde não há ala para livre circulação. Ela me disse que os critérios para alocação seguem o histórico deles quanto a brigas, rixas entre grupos, abuso sexual e a própria lotação da Unidade.

A sala de aula fica em uma antiga cela. Tem 30 (trinta) cadeiras, ventiladores, uma estante com livros, lousa, armário. No fundo, uma pia. Ficamos conversando, enquanto ela checava alguns documentos, com os quais realizaria a inscrição deles no Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos (Encceja).

Em nossa conversa, indaguei-a se quando ela entrou ali, há vinte anos, o lugar era muito diferente. Ela disse que sim, que era muito pior. Logo quando entrou afirmou ter tido pesadelos por uns seis meses. Disse que os internos viviam amontoados nas alas e celas, descalços, comendo a comida com as mãos e em meio a seus próprios dejetos.

Quando eu falei sobre o meu tema, especificamente a parte que envolve a reforma psiquiátrica, ela me confidenciou: “você teria adorado conhecer o antigo terapeuta ocupacional que trabalhava aqui, ele tinha uma visão semelhante”. Perguntei quando ele saiu, e ela disse que foi em 2013. Depois disso não teve mais profissional dessa área na Unidade.

No dia que acompanhei de fato a aula, observei três guardas penais na porta dela, fazendo a vigilância e armados. A grade da cela estava encostada, com o cadeado pendurado. Dentro, 11 (onze) internos estavam sentados nas carteiras e a professora em frente ao quadro, dando aula de matemática básica.

Observei que muitos estavam sonolentos, bocejando a todo momento, desfocados, e em letargia. Talvez seja por conta dos efeitos colaterais das medicações. Inclusive, em um dado momento, quando a professora também percebeu isso, disse a um deles, em tom de brincadeira: “tá tomando remédio demais, vou falar com o psiquiatra”. Ao que ele respondeu: “pior que eu tomei um remédio por agora mesmo, professora, por isso que estou assim”.

Ao ver os livros nas estantes da sala, indaguei a uma das pedagogas se havia projeto de leitura, ao que me respondeu que sim. Como dito, apesar de não haver remição

de pena, a participação na leitura auxiliava a deixar o relatório psicossocial deles mais robusto, segundo ela. Quem se interessava por ler, ela dava o livro e pedia uma resenha ao final.

Na volta da aula, em direção à recepção, passamos pelo antigo refeitório. Uma das pedagogas demonstrou descontentamento dele estar desativado. Disse que o preparo e as refeições coletivas, como aconteciam antes, eram importantes para o convívio dos internos, e até para o tratamento. Hoje em dia comem nas celas, com as quentinhas fornecidas pelo sistema penitenciário geral.

O curso de barbeiro é realizado no corredor em frente à sala de aula. No mesmo local onde são feitas as visitas familiares. Nessa atividade, o que mais me chamou atenção foram alguns diálogos travados, os quais denotavam as consequências do isolamento para os internos, bem como a percepção dos policiais sobre eles.

Eram dez que participavam da aula. Enquanto o professor mostrava as ferramentas para a realização dos cortes, muitos se mostravam bastante curiosos com as novas máquinas. Um deles, falou: “ermão, nem sei como tá na rua hoje em dia”. Outro externou preocupação: “se eu sair na rua, sem me atualizar antes do novo material, o povo vai me perguntar onde eu estava esse tempo todo que não sabia disso”.

Em um momento, o professor liberou para que os internos cortassem os cabelos uns dos outros, para que treinassem. Um dos internos, então, brincou com um dos policiais que fazia a vigilância, chamando-o para cortar o cabelo também, ao que ele respondeu: “destá que eu vou dar meu pescoço a você”.

Ao fim do curso, enquanto me dirigia à saída, um dos policiais, em tom de brincadeira, falou para mim: “você cuidado com esses doidos de navalha na mão perto de você”, se referindo a um dos instrumentos que eles usam na aula sob supervisão. Ao que respondi que não tinha medo.

Em um dos dias, acompanhei a aula de Educação em Saúde. Ela era realizada no refeitório desativado e participavam seis internos. A pedagoga e a dentista da Unidade me informaram que era feito um rodízio semanal entre os internos para participarem. Novamente, não era uma atividade obrigatória, mas imperava o discurso de que a participação era importante para fins de avaliação psicossocial.

Passaram-se dois vídeos breves sobre saúde bucal. Era um pouco difícil ouvir as falas dos vídeos por conta do barulho que vinha do resto da Unidade: gritos, conversas de outros internos, rádio de comunicação dos policiais que faziam a vigilância e etc. Os internos pareciam apáticos, não demonstravam tanto interesse na atividade. Depois, foi

aplicado um questionário sobre o conteúdo dos vídeos. Um dos internos não era alfabetizado, então as perguntas tinham de lhe ser lidas.

Nesse momento, alguns pacientes dirigiram-se à dentista, solicitando tratamento dentário ou relatando alguma queixa. Ela disse que a maioria dos procedimentos estavam suspensos porque faltava material adequado. Em caso de urgência, o interno era encaminhado à UBS ou a um dentista particular, a ser custeado por sua família. No entanto, ela fez uma lista dos internos que precisavam de avaliação, para que fossem atendidos e os encaminhamentos feitos.

Pude acompanhar, também, as atividades realizadas na assistência social da UCP. Reputo esse setor como um dos mais importantes de toda a instituição. É ali que a busca ativa, e o posterior contato com os familiares dos internos, são feitos, para fins de construir uma rede de apoio quando de sua saída. Outrossim, também são responsáveis pela interlocução com a rede de assistência em saúde mental dos municípios de origem, por meio dos CAPS e residências terapêuticas, para acolhimento deles quando em meio externo. A constante preocupação das assistentes sociais e das estagiárias do setor, em conjunto com a direção da Unidade, é o de conseguir sustentar uma rede de apoio, familiar e institucional, aos internos, antes mesmo da determinação de sua liberação. Falhar nisso implica, muitas vezes, no retorno deles para a UCP, pelo sistema da porta giratória, ou mesmo a sua permanência lá dentro, mesmo já tendo decisão de desinternação.

Assim, logo quando são internados, os pacientes dirigem-se à assistência social, para uma entrevista com a finalidade de serem colhidos seus dados pessoais e dos familiares para contato.

Há, também, os dias determinados para que eles possam fazer, quinzenalmente, ligações telefônicas breves, de cinco minutos, aos familiares. São reservadas aos internos que por algum motivo não estão recebendo visitas. Nesse momento, eles são trazidos pelos policiais penais e aguardam enfileirados na porta da sala, sentados em cadeiras. A maioria estava algemado, como costuma acontecer quando são retirados das alas/celas, e isso dificultava que eles segurassem o telefone adequadamente. Um policial sempre ficava dentro da sala conosco fazendo a vigilância. A ligação, portanto, não era privada.

As visitas familiares ocorrem nas sextas pela manhã. Logo na entrada da Unidade, forma-se uma fila de visitantes, os quais aguardam para terem as sacolas revistadas e passarem pelo detector de metais. Era o dia no mês que chamavam de “mensajão”, no qual poderiam trazer, além dos alimentos e roupas usuais, aparelhos eletrônicos e outros tipos de utensílios para os internos. Há, claro, uma lista de materiais previamente

autorizada pela Administração, a qual é divulgada no quadro da recepção. A lista contém os tipos de alimentos, materiais de limpeza, de arte e eletrônicos que poderiam entrar, e sob quais condições. Por exemplo, líquidos como shampoo deveriam entrar em recipientes transparentes; roupas deveriam ter cor clara; lençóis extras eram autorizados apenas no período de inverno e etc.

Cada familiar possui uma carteirinha de visitação vinculada ao interno, a qual deve apresentar na hora do cadastro na recepção. O encontro é realizado no mesmo corredor em que é feito o curso de barbeiro, em frente à sala de aula. São dispostas duas fileiras de cadeiras de plástico paralelas. O interno e o familiar se sentam lado a lado. Nesse dia, pela quantidade de visitantes, tiveram que estender as fileiras até o antigo refeitório.

No momento em que cheguei no corredor, senti que alguns internos e familiares se incomodavam com a minha presença e a dos policiais. Era como se atrapalhássemos ainda mais esse momento de pouca intimidade que lhes eram proporcionados. Não há visita íntima na UCP, como há nos presídios comuns. Certa feita, ao indagar o corpo técnico sobre isso, me disseram: “doido toma remédio, não precisa de visita íntima”.

Cada ala tem um mensageiro, tido como líder, que repassa as informações e faz o contato entre os internos e a equipe técnica. São duas alas, então são dois líderes. No dia da visita, percebi que eles eram os responsáveis por ficarem na grade da cela maior, de frente para a recepção, vendo quais visitantes chegavam. Assim, podiam avisar ao interno lá dentro sobre a chegada de seu familiar, e este se dirigir à área de visitação.

A UCP conta com dois psiquiatras no seu corpo técnico. Um deles é responsável pela realização das perícias em todo o Estado. Então, atende todos aqueles submetidos ao incidente de insanidade mental, bem como as perícias de cessação de periculosidade. Além disso, também é responsável pelo atendimento psiquiátrico encaminhado por outras unidades prisionais. A outra psiquiatra da instituição faz o atendimento clínico dos internos, no manejo das intercorrências psiquiátricas que ocorrem lá dentro, bem como para prescrição dos medicamentos,

Logo quando cheguei, a psiquiatra clínica estava afastada e, por isso, o psiquiatra perito estava cumulando as funções, mas apenas nos casos que demandassem uma atenção imediata. Fui informada de que foi feito processo seletivo para contratação de novos profissionais na Unidade, mas não tinha sido incluída essa categoria.

No consultório, conversei com a policial penal que atua como secretária, agendando as consultas. Ela me disse que o número de exames por dia varia de acordo

com a quantidade e extensão dos quesitos recebidos via judicial para a perícia psiquiátrica. A depender da quantidade de perícias agendadas, eles encaixavam os internos da Unidade que estavam precisando de avaliação médica, no período que o perito atuava nos dois postos. Naquele dia, por exemplo, seriam realizadas duas perícias de incidentes de insanidade mental, além do atendimento de duas intercorrências internas

Acompanhei as consultas com os dois internos. Em um dos diálogos com o médico, um deles disse:

- Interno: Queria ir para o hospital

- Psiquiatra: Mas você está num hospital! Por que você diz que quer ir para um hospital?

- Interno: Para fazer exames de nervos

- Psiquiatra: Mas aqui você faz exame de nervos. Você está sendo consultado aqui.

A percepção deles, claramente, é de que não estão em uma instituição de cuidado, mas de contenção. De fato, eles vivenciam uma rotina de prisão.

Na consulta com a segunda interna, presenciei o seguinte diálogo:

-Interna: Troque meu remédio, me passe o (nome do remédio inaudível)

-Psiquiatra: Não tem esse aqui. Você manda trazer ele?

- Interna: Como vou trazer se estou presa.

- Psiquiatra: A gente não prescreve esse porque está em falta aqui. A gente tem que usar o que tem na casa, não tem o que fazer.

Um dos pacientes, ao relatar seu estado de ansiedade para o médico, afirmou: “sem visita íntima, tomando medicamento adoidado, até injeção, tirado como doido por todo mundo aqui, é para estar assim como estou mesmo”.

Depois, em conversa com o médico, ele me explicou que falta muita medicação na Unidade. Apesar de o que ele prescreve para os sintomas psicóticos ser considerado “padrão ouro” para isso, ele pode causar muito efeitos colaterais em algumas pessoas, como tremores, e já há outras drogas que não causam isso.

Após o retorno da psiquiatra clínica da licença, pude acompanhar uma das consultas. Em breve conversa, ela reforçou o que o outro psiquiatra já havia dito. Eles têm dificuldade na prescrição dos medicamentos, porque falta muito e, com isso, têm que fazer “malabarismos” com o que tem. Ela disse que são raros os casos em que os familiares mandam medicamentos faltantes para o interno, pois a maioria não possui condições econômicas para adquiri-los.

Em um dado momento, afirmou: “paciente psiquiátrico já é relegado a segundo plano, imagine aquele que também está preso”. Em um dos casos que atendeu, um dos internos estava com o que chamam de “impregnação”, por conta dos efeitos adversos da medicação. A medicação que se usa em conjunto, para cortar esse efeito colateral, estava em falta na UCP. Então, não havia o que se fazer.

Durante as consultas, a porta do consultório ficava aberta para que o guarda, sentado numa cadeira de plástico, do lado de fora, ficasse monitorando o interno, que já estava algemado.

Em comemoração aos aniversários dos internos, bimestralmente a equipe da UCP realiza o projeto “celebrar”. É um momento de reunião dos aniversariantes com seus familiares, membros da equipe técnica e da assistência em saúde mental dos municípios, para celebração.

Neste dia, os visitantes aguardavam na entrada da UCP, no mesmo ritual que era feito em dias de visita, para revista prévia. Dessa vez, traziam comes e bebes para a festinha: bolos, salgados, doces e refrigerantes. Também iriam participar os membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia, que faziam a assistência religiosa, e representantes dos CAPS, estes últimos também com o papel de suprir a falta dos familiares de alguns aniversariantes. O local escolhido era o refeitório desativado, o qual estava decorado pela professora.

Carrara (1998, p. 33-37), quando descreveu o surgimento do manicômio judiciário, trouxe uma das principais características desse tipo de instituição: a dicotomia. É que congregar, em um mesmo ambiente, aspectos prisionais e hospitalares acaba por gerar atritos entre as equipes que o compõem. De um lado, os guardas responsáveis pela segurança e que percebem a Unidade pelos seus fins penitenciários. De outro, a equipe de saúde, que procura enxergar, *a priori*, o caráter médico-terapêutico da internação. E, durante a pesquisa, pude reconhecer essa ambivalência na rotina da UCP de Sergipe.

A postura dos policiais penais em muito se assemelha àquela exercida nos presídios comuns. A ideia de segurança e contenção dos internos, com os quais se associa a ideia de periculosidade, é uma constante nesse setor. Até o fato de os chamarem de “elementos”, em algumas oportunidades, é um indicativo da associação maior com a ideia de punição.

Por outro lado, tem-se a equipe de saúde. Compromissada com a ideia de tratamento. Certo dia, acompanhei uma conversa entre uma das enfermeiras da Unidade e um familiar, após um dos internos passar mal durante uma das visitas. Ao tentar explicar

para a irmã do paciente que ele ficaria bem e que não estaria desassistido lá dentro, a fala da profissional acabou por conter também um desabafo sobre a estruturação do espaço. Afirmou: “aqui eles estão para tratamento, mas é uma prisão. Não tem terapia ocupacional, não tem atividade física. Quando eu vim trabalhar aqui achei que teria estrutura física, mas não é bem assim. Aqui não tem médico 24 horas, muitas vezes sou eu quem respondo pela equipe de saúde toda. Eu quem trato direto com o médico do SAMU quando algum interno necessita de assistência. Mas a culpa não é nossa, é da estrutura”.

Essa “decepção” com o manejo clínico dos internos também parte da equipe médica. Em uma conversa com um dos psiquiatras, sobre a recorrência da falta de medicamentos específicos para o tratamento dos pacientes, o profissional transpareceu desesperança com a alteração do cenário. O fato de a Unidade estar vinculada à Secretaria de Justiça do Estado, e não à Secretaria de Saúde, já que deveria ser um ambiente prioritariamente hospitalar, foi apontado por ele como um dos fatores que inibem a melhoria dos serviços prestados.

Há, ademais, o próprio desconhecimento, por parte da equipe de saúde, acerca dos fundamentos jurídicos de existência de um local como o HCTP para execução da medida de segurança. O manejo dos trâmites processuais que levam os internos a estarem naquele espaço ficam restritos ao âmbito administrativo. Uma das falas do psiquiatra, responsável pela execução das perícias nos incidentes de insanidade mental, denota essa questão. Certa vez, afirmou: “eu nem sabia o que era medida de segurança, inimputabilidade, fulana (a guarda penal) que me explicou”.

Presenciei, ainda, outro diálogo de um funcionário da equipe de saúde com um advogado que visitava a Unidade. O servidor, em certo momento, disse: “quando eu vim para cá, e vi o nome HCTP, eu achava que teria serviço médico 24 horas, enfermaria”. Ao que foi respondido pelo advogado: “é que aqui na verdade é uma prisão, né, só que com um cuidado maior”. O servidor rebate: “a diferença daqui para os outros presídios é que aqui tem farmácia”.

As próprias equipes do CAPS, responsáveis por receber os internos quando de suas saídas, ou nos casos de execução de medidas de tratamento ambulatorial, também externalizaram pouca familiaridade com os conceitos jurídicos que envolvem as medidas de segurança e a existência do HCTP. Na última reunião que participei durante a pesquisa, a administração da UCP convidou o promotor de justiça responsável pela execução penal

para palestrar sobre o tema e, com isso, esclarecer as dúvidas dos profissionais da assistência em saúde mental.

Esse entrelaçamento da ciência jurídica com a médica nos tribunais, que gera um embate de verdades científicas sobre a (ir)responsabilidade do louco infrator, é uma questão presente desde o século XIX e que parece se reinventar contemporaneamente (HARRIS, 1993. p. 66-67).

Dito isto, vivenciar a rotina da UCP de Sergipe é constatar, na prática, as questões teóricas que envolvem o surgimento e a permanência da instituição no sistema de justiça criminal. Restringir a análise a um espaço temporal e territorial delimitado auxiliou em uma percepção mais aguçada da realidade. Além disso, para pensar alternativas para mudar um cenário é precioso, antes, estar bastante familiarizada com ele.

Nesse sentido, a análise do perfil populacional ali encarcerado, a ser realizada no tópico seguinte, será mais uma ferramenta para compreender este objeto de estudo.

4.3 Perfil dos internos com medida de segurança detentiva

A coleta dos dados nos dossiês dos internos ocorreu entre o período de 31/08/2022 a 19/09/2022. Ao total, eram 38 (trinta e oito) indivíduos que já possuíam medida de segurança detentiva imposta por sentença absolutória imprópria.

Sobre o perfil sociodemográfico da população, 37 (trinta e sete) eram do sexo masculino e uma era mulher trans. A média de idade era de 36 (trinta e seis) anos, sendo que o interno mais novo tinha 23 (vinte e três) anos e o mais velho possuía 59 (cinquenta e nove) anos.

Quanto à escolaridade, quatro eram analfabetos, três tinham apenas a alfabetização, 20 (vinte) possuíam até o ensino fundamental incompleto, quatro o ensino fundamental completo, três o ensino médio incompleto, um o ensino médio completo e apenas um tinha iniciado o ensino superior, mas não completado. Dois internos não possuíam registro sobre sua escolaridade.

Quanto à etnia/cor, 30 (trinta) eram identificados como negros/pardos e seis como brancos. E, no caso de dois internos, não havia registro

Em relação às profissões, observa-se a predominância daquelas que não exigem alta qualificação técnica/educacional. Assim, oito internos trabalhavam na construção civil como pedreiro ou ajudante. Três indivíduos eram lavradores. Seis dos internos eram comerciantes/vendedores. Havia, ainda, um pescador, um auxiliar de mecânico, um bombeiro civil, um carpinteiro, um desenhista, um policial e um auxiliar de serviços

gerais. Para dois internos constava o registro de “aposentado”. E no caso de 12 (doze) indivíduos, não havia registro ou colocava-se “desempregado”.

No que toca ao perfil da saúde mental, foram identificados 15 (quinze) tipos diferentes de diagnósticos psiquiátricos, sendo que a maioria dos internos possuíam duas ou mais CIDs vinculadas. A maior concentração era de transtorno mental e comportamental devido ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas (CID F19) e de esquizofrenia (CID F20), com 21 (vinte e um) internos diagnosticados para cada uma delas.

Os outros diagnósticos apontados eram de dois internos com transtornos mentais ou de personalidade devidos a lesão e disfunção cerebral e doença física (CID 10 F06; 07); um interno com transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool (CID 10 F10); um interno com transtorno mental e comportamental devido ao uso de cocaína (CID 10 F14); um interno com transtorno equizotípico (CID 10 F21); três internos com transtornos delirantes persistentes (CID 10 F22); um interno com transtornos psicóticos agudos e transitórios (CID 10 F23); um interno com Psicose não-orgânica não especificada (CID 10 F29); três internos com transtorno afetivo bipolar (CID 10 F31); um interno com outros transtornos ansiosos (CID 10 F41); cinco internos com transtornos específicos da personalidade (CID 10 F60); três internos com retardo mental (CID 10 F70; 71 e 72).

Sobre o perfil jurídico processual da execução das medidas de segurança, inicia-se a análise com as informações relativas aos tipos penais descritos no dispositivo da sentença. Havia, além disso, internos com mais de uma incidência penal aposta, já que é possível cumprir uma só medida de segurança por mais de um crime cometido. Ao todo, fora identificado um universo de 13 (treze) tipos penais distintos, sendo a predominância de crimes contra a vida e contra o patrimônio.

Ao todo, eram nove imputações por homicídio (art. 121, CP) e três por tentativa. Foram cinco incidências de furto (art. 155, CP) e uma tentativa. Seis imputações por roubo (art. 157, CP) e uma tentativa. E quatro incidências no crime de tráfico de drogas (art. 33, da lei nº 11.343/2006). Foram sete incidências no crime de ameaça (art. 147, CP), o qual é apenado com detenção, sendo quatro delas no contexto de violência doméstica (lei nº 11.340/2006). Houve uma imputação pelo delito de receptação (art. 180, CP) e uma pelo de resistência (art. 329, CP), também apenado com detenção. Ainda, duas incidências em sequestro e cárcere privado (art. 148, CP), sendo uma no contexto de violência doméstica. Uma imputação de violação de domicílio (art. 150, CP), apenada

com detenção, no contexto de violência doméstica. Uma imputação de lesão corporal (art. 129, CP), também no contexto de violência doméstica. E duas imputações pelo crime de disparo de arma de fogo (art. 15, da lei nº 10.826/2003).

Ressalte-se, por fim, que havia imputação de duas contravenções penais (decreto-lei nº 3.688/1941), as quais são apenadas com pena de prisão simples. Eram os delitos de vias de fato (art. 21) e o de molestar (art. 65), este último já revogado.

Sobre o tempo de permanência na UCP, o interno mais antigo, dentre os analisados, entrou em 01/02/2017, ou seja, estava há mais de cinco anos encarcerado.

Dos 38 (trinta e oito) indivíduos, 32 (trinta e dois) tinham duração da medida de segurança inferior ao limite máximo da pena abstratamente cominada aos delitos imputados, em respeito ao teor da súmula nº 527 do STJ. Cinco deles, em desrespeito ao entendimento sumulado, já tinham ultrapassado esse prazo, sendo que apenas uma já estava com decisão de desinternação emitida e aguardava vaga em residência terapêutica. Para um dos internos, não foi possível acessar essa informação.

Sobre a existência de decisões de desinternação condicional, cinco internos já estavam em situação de sua decretação, mas continuavam na Unidade. Dois deles porque aguardavam vaga em residência terapêutica ou o contato frutífero com familiares para acolhimento externo, e o outros três porque possuíam mandados de internação provisória emitidos em outros processos judiciais.

Além disso, do universo de 38 (trinta e oito), cinco internos tiveram desinternações condicionais posteriormente revogadas pela prática de outro fato criminoso ou, como previsto na legislação, pela prática “de fato indicativo da persistência de sua periculosidade” (Art. 97, §3º, CP). E, com isso, fora determinada novamente sua internação.

Em relação aos prazos mínimos das medidas de segurança aplicadas, para 24 (vinte e quatro) internos estabeleceu-se o de um ano; para quatro deles o de dois anos; e para oito deles o prazo mínimo de três anos. Ressalte-se que, para dois indivíduos, a sentença estabeleceu prazo indeterminado, à revelia de previsão legal sobre essa modalidade. E para dois deles não foi possível acessar essa informação⁶³.

⁶³A soma ultrapassa o número 38 (trinta e oito) porque dois internos possuíam duas medidas de segurança definitivas aplicadas, com prazos mínimos distintos, e em execução simultânea. O que denota a diferenciação da execução penal da medida de segurança para a da pena privativa de liberdade, onde há a soma ou unificação das penas para fins de fixação do regime de cumprimento (art. 111, LEP).

Acerca da realização do exame de cessação de periculosidade, em 33 (trinta e três) dos casos ele foi realizado ao fim do prazo mínimo da medida de segurança aplicada. Em três situações, o primeiro exame de cessação de periculosidade foi realizado extemporaneamente, com o maior atraso sendo de dois anos⁶⁴. Em dois casos não foi possível acessar essas informações.

Por fim, 14 (catorze), dos 38 (trinta e oito) internos, tiveram internações provisórias decretadas antes da internação definitiva. Além disso, 17 (dezessete) já possuíam histórico de passagem pretérita na UCP, seja por internação provisória, para estabilização mental ou para cumprimento de medida de segurança detentiva.

4.4 Muito tempo para mudar, pouca vontade de agir: o que a reforma psiquiátrica alterou?

Desde a promulgação da lei 10.216/2001 se passaram mais de 20 (vinte) anos. Tempo suficiente para que o sistema de justiça criminal se adequasse aos seus pressupostos e, ao fim, a custódia psiquiátrico-penal, nos moldes que a conhecemos, fosse eliminada do plano fático. Mas essa não é a realidade. Conforme apontado no capítulo segundo, apesar de alterações pontuais na execução das medidas de segurança, em todo o território nacional persiste a internação de inimputáveis por doença mental em instituições asilares e como ação primária das autoridades responsáveis. Os HCTPs permanecem, e em Sergipe não é diferente.

Contudo, a partir da observação participante, constatou-se a existência de movimentos embrionários na direção da ampliação da rede de assistência em saúde mental nesse espaço, consubstanciada na preocupação com a abreviação da saída dos pacientes e na garantia de um suporte familiar e institucional em meio externo para os egressos. Inclusive com o intuito de se evitar o fenômeno da porta-giratória, o qual desemboca na superlotação da Unidade e em problemas de ordem administrativa. É uma medida tomada há pouco mais de seis meses pela administração, que busca conjugar as esferas jurídica, médica e social, para transformar, de alguma forma, esse quadro.

É um movimento que atua já na chegada do interno à Unidade. O primeiro contato dele com a assistência social para colher seus dados e de seus familiares proporcionará, de algum modo, a manutenção de seus vínculos externos. Outrossim, a administração tem o cuidado de criar, para cada um, o que denominam de Projeto Terapêutico Singular –

⁶⁴Em análise dos dossiês, constatou-se que, na maioria dos casos, os exames psiquiátricos de cessação são realizados antes mesmo do decurso do prazo mínimo da medida de segurança.

PTS, documento que agregará os laudos psicológicos, psiquiátricos e assistenciais para subsidiar o tratamento e o percurso de saída. Assim, a comunicação com o Judiciário não se restringe ao envio de laudos psiquiátricos de cessação ou permanência de periculosidade, mas de um dossiê robusto do paciente, o qual subsidiará a análise da desinternação. É que elas se fundamentam, também, na existência de perspectivas de acolhida do paciente em meio aberto. Do contrário, a manutenção da sua internação é a medida escolhida, mesmo com laudos psiquiátricos positivos.

Nesse sentido, o setor de assistência social da UCP exerce papel de extrema importância na interlocução dos serviços internos com o meio externo, por meio do contato direto com os familiares dos pacientes e com os CAPS dos municípios de sua origem. Busca-se fortalecer os vínculos comunitários, os quais são fragilizados pela institucionalização. Para tanto, realizam mensalmente o que denominam de reuniões de “matriciamento”, em que representantes da rede de saúde mental deslocam-se até a Unidade para tratar dos casos individuais dos pacientes, sejam daqueles que estão prestes a sair ou daqueles que não possuem perspectivas, por ausência de suporte familiar. No primeiro caso, há a promoção do contato entre o CAPS e os familiares que irão receber o interno, já que ele terá que continuar o tratamento em meio aberto, e é preciso garantir que o ambiente doméstico proporcione isso a ele. Na segunda hipótese, a UCP atua no sentido de buscar residências terapêuticas para acolhimentos desses indivíduos, já que suas saídas se condicionam não apenas à emissão de laudo de cessação de periculosidade, mas na perspectiva concreta de uma moradia.

Além disso, trimestralmente a UCP realiza reunião conjunta com todos os representantes do CAPS, para repassar a situação geral das internações e articular ações conjuntas para acolhimento dos pacientes egressos.

A maioria dos internos, e de suas famílias, inserem-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Assim, em suas saídas, encontram muitas dificuldades domésticas em prosseguir com o tratamento nos CAPS, principalmente quando não recebem benefícios de assistência social como o benefício de prestação continuada (BPC)⁶⁵. Em uma das conversas com a diretora da UCP, ela me afirmou que já aconteceu de ex-internos ligarem para a instituição pedindo medicamentos, pois não estavam conseguindo lá fora.

⁶⁵Art. 20 da lei nº 8.742/1993: o benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família.

Nessa oportunidade, também me confidenciou as dificuldades que a administração enfrenta com a ausência de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integrada e fortalecida em Sergipe⁶⁶. Ela deve ser composta pelos CAPS; Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência e Cultura; Unidades de Atendimento e leitos de atenção integral, de forma a garantir a livre circulação de pessoas em sofrimento mental e a consolidação de um modelo de atenção comunitário e aberto. Com isso, a UCP acaba por ficar responsável pelo monitoramento e observação dos internos quando de suas saídas, nas desinternações progressivas ou condicionais, de forma a evitar que retornem, o que se mostra inviável, diante do déficit técnico e estrutural do lugar⁶⁷.

As residências terapêuticas mostram-se como alternativas promissoras para o acolhimento, diante das condições socioeconômicas e de saúde que envolvem essa população. São regulamentadas pelas Portarias nº 106/200 e 3.090/2011, as quais dispõem que “Os SRT deverão acolher pessoas com internação de longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia” e “será considerada internação de longa permanência a internação de dois anos ou mais ininterruptos” (art. 2º). Contudo, a ausência de vagas nessas instituições é um problema relatado em mais de uma oportunidade durante a pesquisa.

Outra medida de inovação implementada na UCP diz respeito ao que eles denominam de “programa de desinternação progressiva”, o qual não tem amparo na legislação, mas possui articulação administrativa com o Poder Judiciário, por intermédio da Vara de Execuções Penais. Sabe-se que, nos casos das medidas de segurança, com o laudo de cessação de periculosidade, é determinada a desinternação/liberação do interno, a qual terá caráter condicional. Nesse sentido, se o agente, dentro do prazo de um ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade, a internação é reestabelecida (art. 96, §3º, CP).

Contudo, como visto, as saídas dos internos são revestidas de incertezas quanto ao efetivo acolhimento familiar e institucional que ele receberá no tratamento em meio aberto, especialmente após um período longo de asilamento. Para a execução da pena privativa de liberdade, há a previsão legal da progressão de regime e das autorizações de

⁶⁶Portaria nº 3088/2011 do Ministério da Saúde.

⁶⁷Para tentar minimizar o problema, foi instituído Grupo de Trabalho vinculado ao programa de desinstitucionalização da RAPS, previsto na portaria MS nº 2.840/2014. Em reuniões trimestrais de matriciamento com a UCP, as conclusões dos trabalhos desenvolvidos pelo GT são apresentadas, para que sejam articuladas as ações seguintes.

saída, já o paciente judiciário é bruscamente retirado do ambiente institucionalizado para a comunidade, o que gera muitas dificuldades de adaptação.

Com isso, a administração da UCP tenta implementar a medida de desinternação progressiva para os internos com bons prognósticos para saída. Ressalte-se que a iniciativa não é exclusiva de Sergipe, pois há relatos de experiências semelhantes em outros Estados da Federação, a exemplo do Rio Grande do Sul, Pernambuco e São Paulo⁶⁸ (FERRARI, 2001, p. 168).

Nesses casos, ao interno que possui bom desenvolvimento em seu projeto terapêutico singular, lhe é autorizada a saída da Unidade por um período curto, para progressiva adaptação em meio aberto:

A desinternação progressiva consiste num método terapêutico que agiliza e aprimora a compreensão, o manejo e a efetivação do tratamento, restando claro que o regime de contenção se aplica a poucos internos. Constitui-se numa revolução terapêutica, opondo-se ao regime fechado (FERRARI, 2001, p. 171)

Um exemplo observado na pesquisa empírica foi o de um paciente que estava prestes a receber a decisão de desinternação. Por isso, antes, foi-lhe concedida a saída por três dias da Unidade, para que se instalasse em sua residência e frequentasse o CAPS nesse período. A depender de como se desenvolvesse essa liberação, a equipe técnica da Unidade teria um parâmetro para organizar institucionalmente sua desinternação definitiva, judicialmente decretada.

Observe-se que esse programa se distingue da tradicional desinternação condicional, a qual é prevista para todos os casos de finalização da medida de segurança detentiva. Na desinternação progressiva, a prática de ato delitivo não implica o reestabelecimento da internação porque, nesses casos, ela ainda não foi cessada. É um momento, portanto, de experimentação, para que o interno não tenha que enfrentar o mundo lá fora de forma abrupta e sem o devido amparo.

Por fim, deve ser ressaltada a instituição de um Grupo de Trabalho, no âmbito do Programa “Fazendo Justiça” do CNJ, para interlocução de todos os atores envolvidos na custódia psiquiátrico-penal de Sergipe, com o fim de proceder à desinstitucionalização da medida de segurança⁶⁹. Nesse sentido, por meio da portaria nº 56/2021 do TJSE, foi criado o Grupo Interinstitucional de Trabalho sobre Atendimento e Atenção Integral ao

⁶⁸As experiências interestaduais demonstram, ainda, a possibilidade de aplicação da progressão de regime na execução das medidas de segurança, no sentido de o juiz da execução converter a internação em tratamento ambulatorial (FERRARI, 2001, p. 173).

⁶⁹Uma das motivações para a instituição do GT foi a constatação do aumento de internações provisórias determinadas em audiências de custódia.

Paciente Judiciário e à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei, com o objetivo de:

Art. 1º [...] estabelecer procedimentos e fluxo interinstitucional para a execução e o acompanhamento das medidas terapêuticas, cautelares, provisórias e definitivas, aplicáveis judicialmente à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e subsidiar o desenvolvimento e pactuação de estratégia permanente para a desinstitucionalização e atenção integral a estes pacientes no Estado de Sergipe.

Art. 3º [...]

I - Estabelecer procedimentos e fluxo para a desinternação e a desinstitucionalização de pessoas com transtorno mental em conflito com a lei internadas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe;

II - Estabelecer procedimentos e fluxos junto à rede de atenção psicossocial do estado de Sergipe para o atendimento e acompanhamento das pessoas com transtorno mental que sejam apresentadas nas Audiências de Custódia;

III – Formular propostas para qualificação da execução de medidas de segurança de tratamento ambulatorial;

IV – Elaborar plano de ação estadual para implantação de estratégia de desinstitucionalização e atenção integral a pacientes judiciários e pessoas com transtorno mental em conflito com a lei no Estado de Sergipe;

V – Propor celebração de Termo de Cooperação Técnica para a implantação de estratégia permanente de desinstitucionalização no Estado de Sergipe;

VI – Propor atos normativos para a formalização dos fluxos estabelecidos.

Apesar das referidas ações institucionais, no último dia da pesquisa, em 26/10/2022, eram 80 (oitenta) pessoas internadas na UCP de Sergipe, a qual permanece em pleno funcionamento, em que pese os vinte anos transcorridos da Lei nº 10.216/2001.

No capítulo seguinte, o papel teórico da racionalidade penal moderna, e sua reverberação no campo psiquiátrico-penal, será apresentado como um dos fatores para que a internação do portador de sofrimento psíquico em conflito com a lei persista. E, como alternativa, serão analisadas as potencialidades da Justiça Restaurativa para transformação dessa realidade.

5 DIÁLOGOS ENTRE O SOFRIMENTO PSÍQUICO E A JUSTIÇA RESTAURATIVA: A BUSCA POR UMA ALTERNATIVA AO PARADIGMA RETRIBUTIVO

Constatou-se, mediante a leitura dos capítulos anteriores, que a permanência do HCTP no sistema de justiça criminal tem por fundamento a correlação intransponível entre sofrimento psíquico, crime e perigo. Dessa forma, a teia criada pelos poderes penais e psiquiátricos em torno da existência problemática do louco criminoso está tão entrelaçada que impede a passagem de outras visões sobre o tema, a dificultar sobremaneira a incursão da reforma psiquiátrica no setor.

É a partir dos escritos de Álvaro Pires, acerca da teoria da racionalidade penal moderna (RPM), que se pode compreender melhor o porquê de as medidas de segurança, especialmente as detentivas, permanecerem em execução no país. O instituto, apesar de não ser pena em sentido estrito, inegavelmente é uma espécie de sanção penal e possui toda uma carga aflitiva que não se resume apenas à privação de liberdade do sujeito, mas a todo um controle empreendido no corpo do indivíduo pelos poderes envolvidos em sua custódia.

Assim, o derradeiro capítulo da dissertação surge com o objetivo de se pensar alternativas ao sistema retributivo de justiça criminal. A partir das dificuldades institucionais para a efetivação da reforma psiquiátrica no setor marginalizado da assistência mental, questiona-se o quanto os pressupostos da Justiça Restaurativa (JR) poderiam auxiliar na implementação das mudanças necessárias.

É inegável que o papel da JR no Judiciário brasileiro tem crescido. Seu marco regulatório, consubstanciado na Resolução do CNJ nº 225/2016, é uma possibilidade alternativa e concreta à atual (e defasada) gestão do conflito entre as partes. No entanto, a questão que surge, e que será objeto de problematização, é sobre a compatibilidade entre esses novos valores e princípios restaurativos com o campo específico do sofrimento psíquico em conflito com a lei. Pode a JR ser instrumento para a superação do HCTP quando há questões como voluntariedade e senso de autorresponsabilidade envolvidas?

Na ausência de estudos nacionais robustos sobre o tema, optou-se por realizar revisão de literatura internacional, composta por artigos científicos que tratam da aplicação da JR, ou de princípios e valores que a norteiam, nos denominados hospitais psiquiátricos forenses. O intuito é investigar a possibilidade de diálogo entre os dois campos.

Nesse sentido, no primeiro tópico será apresentada a teoria da RPM como fundamento para a incidência do paradigma retributivo nas medidas de segurança e como obstáculo epistemológico à superação desse tipo de sanção penal. O segundo tópico tratará do arcabouço teórico da JR, composto por princípios e valores que serão cotejados com as especificidades dos conflitos que envolvem sofrimento psíquico. O intuito é investigar a compatibilidade de ambos. E, para tanto, o terceiro tópico procederá à revisão de literatura internacional sobre a aplicação de práticas restaurativas no contexto da custódia psiquiátrica-penal. Por fim, o último tópico é direcionado à análise das reuniões de matriciamento realizadas na UCP/SE como laboratórios estratégicos para a inserção de práticas restaurativas na execução das medidas de segurança detentivas em Sergipe.

5.1 A Racionalidade Penal Moderna: um obstáculo epistemológico

O cenário ocidental que possibilitou a constituição do pensamento penal no século XVIII se alterou, mas os princípios e teorias da pena cunhados naquele momento persistem como justificativas para o exercício e limitação do poder de punir estatal. As tradicionais penas de suplícios impostas pelo príncipe deram lugar, na modernidade, a sanções limitadas pela “necessidade de manter o depósito da salvação pública” (BECCARIA, 2000, p. 20). Dessa forma, cunhou-se a noção de proporcionalidade e a prisão difundiu-se como resposta por excelência ao crime. Nas palavras de um dos teóricos mais célebres desse momento, “para não ser um ato de violência contra o cidadão, a pena deve ser, de modo essencial, pública, pronta, necessária, a menor das penas aplicáveis nas circunstâncias dadas, proporcionada ao delito e determinada pela lei (BECCARIA, 2000, p. 107)

Álvaro Pires, ao cunhar a teoria da racionalidade penal moderna, busca explicar a sistematização do pensamento que fundamenta o direito de punir moderno, caracterizado pela definição de condutas criminosas e pela aplicação de penas aos transgressores, a partir de princípios, como dito, que norteiam e delimitam essa atividade estatal.

Para o autor, o direito criminal compõe-se de um sistema de ideias. Essa noção de sistema é fundamentada na teoria de Niklas Luhmann acerca da diferenciação funcional da sociedade. O sociólogo entendia que a sociedade seria formada por circuitos diferenciados de comunicação, os quais, às vezes, comunicam-se entre si (DUBÉ; PIRES, 2010, p. 20-22). É como se imaginássemos vários círculos, cada qual correspondente a uma esfera do pacto social, a compor o todo. Esses círculos maiores são compostos por circunferências menores, as quais representam a especialização de cada sistema. Por

exemplo, teríamos os círculos referentes ao sistema político e ao sistema jurídico, este último formado por círculos menores correspondentes ao direito penal e ao direito civil.

Os principais sistemas de pensamento que norteiam a sociedade se caracterizam por sua força histórico-cultural; sua durabilidade no tempo; e sua maior capacidade de resistência (CAUCHIE; PIRES, 2011, p. 306). Além disso, são autopoieticos, ou seja, produzem e reproduzem internamente seus próprios conceitos, de uma maneira que se blindam de influências externas (DUBÉ; PIRES, 2010, p. 22). Assim, cada sistema possui sua própria comunicação, a qual validará sua existência, permitirá sua perpetuação na sociedade e o diferenciara dos demais (DUBÉ; PIRES, 2010, p. 23). A identidade e autorregulação do direito criminal, portanto, é formada pela comunicação da validade da norma a partir da imposição de uma sanção afliativa ao sujeito.

Com isso, o problema central cunhado por Pires, e que será objeto de investigação no presente tópico, é justamente a naturalização do sofrimento como resposta necessária ao cometimento de uma infração. Qual o sentido de a prisão assumir um papel insuperável de comunicar a reprovação social pelo desrespeito à norma de conduta? (PIRES, 2004, p. 40-41).

Ademais, por que se pensar o direito criminal necessariamente apartado do civil? Por que ao direito civil reservam-se os interesses das partes e ao criminal apenas os interesses públicos? (PIRES, 1999, p. 66). Para ilustrar essa realidade, Pires se vale da metáfora da “garrafa de moscas”: a pena é o recipiente que impede qualquer tentativa de fuga do sujeito para seu exterior e, por consequência, a escolha de alternativas em outras searas da Justiça (PIRES, 1999, p. 66-67).

O reforço desse sistema de pensamento perpassa pela utilização das teorias convencionais da pena, como forma de legitimar as práticas tradicionais. Por ser um conjunto de ideias, a racionalidade penal moderna se baseia em formulações retributivas, dissuasivas, denunciatórias e reabilitatórias para se justificar e para se fechar a incursões externas (GARCIA, 2020, p. 60).

A teoria da retribuição reconhece que a imposição da pena é um mal necessário, o qual irá restaurar o dano causado pela ofensa. Já a teoria da dissuasão, ou preventiva, tem por fundamento uma visão utilitária, no sentido de que a sanção deve ser aplicada para se evitar que o ofensor ou a sociedade cometam novos crimes. A teoria da denunciação, proposta já no século XIX, preconiza que a pena serve para reafirmar os valores maculados, como um efeito simbólico de reprovação e repressão ao delito. E, por fim, a teoria da reabilitação, de base positivista, utiliza-se da prisão para o suposto

tratamento do ofensor, de onde ele sairá apto a ser reinserido na sociedade (CAPPI, 2020, p. 22-25).

A rigidez do sistema, portanto, está na impossibilidade de superar cinco ideias fundamentais compartilhadas por essas teorias, as quais se retroalimentam em um círculo vicioso e de difícil superação. São elas:

[...] de que punir/intervir é obrigatório; de que o perdão não resolve o conflito penal; de que as penas devem provocar o sofrimento ou a exclusão social; de que a severidade das penas ou a duração das sanções constituem elementos fundamentais; e de que as penas alternativas, não estando prescritas em nenhuma teoria, suscitam desconfiança (GARCIA, 2020, p. 60)

Contudo, diante da falência da pena de prisão, demonstrada pelos sucessivos fracassos em conter o incremento da violência, o encarceramento em massa e a proteção da dignidade humana, questiona-se o porquê de não se conseguir transformar substancialmente esse cenário. É que, conforme apontado por Pires, a racionalidade penal moderna apresenta-se como um verdadeiro obstáculo epistemológico. A tendência, então, é que as tentativas de mudança apenas reforcem a já consolidada base desse pensamento. Nas palavras de Zaffaroni, compramos a ideia de segurança vendida pelas prisões de uma empresa que é reconhecida por sua “insolvência estrutural” ao longo dos séculos (1991, p. 27)

É por isso que as penas alternativas até então aplicadas não lograram êxito em superá-la. Ao contrário, apenas expandiram a rede penal para abarcar situações antes não criminalizadas. E pior, a tendência das instituições de proteção aos direitos humanos é ratificar a pena de prisão como medida necessária. Então, para crimes graves, adota-se uma política de austeridade, consubstanciada em legislações que aumentam as penas cominadas e revogam benefícios. Enfim, os defensores da dignidade humana acabam por ratificar a racionalidade do sistema que inicialmente queriam combater (ZAFFARONI, 1991, p. 30).

Por todo o exposto:

Podemos dizer que estamos, grosso modo, diante de um obstáculo epistemológico (ou cognitivo) quando os nossos hábitos profissionais ou as ideias que um sistema social julga (ainda) apropriadas, boas ou interessantes, impedem a adoção, a generalização e a estabilização (a longo prazo) de melhores hábitos, ideias, estruturas e práticas no próprio sistema social (GISI *et al*, 2017, p. 136)

O problema, portanto, está em justamente ter de recorrer a uma resposta sancionatória a uma situação de conflito social, como sói ocorrer com a internação no HCTP. A “naturalização” da estrutura normativa (PIRES, 2004, p. 40) das medidas de

segurança, sem que de fato haja uma justificativa satisfatória para tanto, é um dos maiores empecilhos para a completa inserção do inimputável por doença mental no modelo de assistência à saúde delegado aos demais usuários do SUS. Não há espaço para se pensar diferente quando se está diante de um sujeito previamente categorizado como ameaçador da ordem estabelecida.

Reconhecer a aflitividade inerente à internação representa desvelar a incidência da racionalidade penal moderna também nesse setor. O malabarismo teórico para legitimar o sistema criminal é o mesmo tanto para a pena quanto para a medida de segurança: frente a uma situação de conflito, opta-se pela internação para reestabelecer a ordem e proteger a sociedade do perigo. Acaso assim não aconteça, entende-se que os valores e bem jurídicos protegidos são colocados em risco, e qualquer reação alternativa é confundida com condescendência por parte das instituições envolvidas.

Se pensar em uma reforma que efetivamente altere a constituição do pensamento sobre o crime, e a forma institucional de lidar com ele, perpassa a superação de conceitos incrustados em uma teoria secular. Evoluir o sistema penal para que ele se caracterize como uma prática humanista requer uma revolução de ordem interna. Como disse Pires em uma de suas entrevistas:

Você quer reformar em profundidade o direito de punir e sair da cultura do encarceramento? Bem, se você quer realmente isso, então você tem que substituir ou redefinir o conceito de punição, abandonar as atuais teorias da pena (retribuição, dissuasão, reprovação social e reabilitação prisional) e construir uma nova teoria da intervenção do direito criminal (GISI *et al*, 2017, p. 139)

Felizmente, observou-se, a partir da década de 80, movimentos criminológicos que buscavam contestar a ordem vigente, especialmente na busca por melhores alternativas ao castigo. Assim, uma criminologia de base crítica se estruturou, e três principais movimentos surgiram: o realismo de esquerda, o direito penal mínimo e o abolicionismo (PALLAMOLLA, 2009, p. 37).

Ao se fazer um percurso histórico pelas novas teorias criminológicas percebe-se um ponto em comum entre elas, sem desconsiderar a pluralidade conceitual destes trabalhos. Seria justamente, a partir de um enfoque macrosociológico, a historização da “realidade comportamental do desvio e [...] a relação funcional ou disfuncional com as estruturas sociais” (BARATTA, 2011, p. 160). Nesse sentido, não havendo mais a concepção do crime e do criminoso como realidades ontológicas, mas produzidas pelos aparatos de poder, confirma-se a noção de retributividade do sistema (BARATTA, 2011, p. 161).

Contudo, diante da impossibilidade deste trabalho abarcar todas elas, elege-se o enfoque metodológico nas importantes contribuições dos abolicionismos penais para a paulatina superação do cárcere. As críticas empreendidas por essa vertente criminológica, especialmente pelos teóricos Hulsman, Mathiesen e Christie, facilitou a deslegitimação da prisão como resposta punitiva necessária ao cometimento do delito e, com isso, o próprio paradigma retributivo foi profundamente questionado (COSTA; MACHADO, 2018, p. 80). O primeiro é reconhecido por sua vertente fenomenológica, o segundo, pelo pensamento marxista, e o terceiro pela perspectiva fenomenológica-historicista (ZAFFARONI, 1991, p. 98).

Ademais, as ideias abolicionistas não apenas focam na superação da prisão, mas em todas as punições tradicionais que, de alguma forma, impedem uma efetiva resolução dos conflitos sociais e das necessidades das partes (PALLAMOLLA, 2009, p. 39).

Ao falar do processo de criminalização, Hulsman aponta dois principais aspectos. O primeiro deles tem cunho cultural, e diz respeito à construção de um sujeito fictício, bem definido no tempo e espaço, a quem é atribuída a culpa pela ofensa e a quem é imposto o asilo. A segunda característica relaciona-se ao âmbito social, quando não se dá o devido peso à vítima e às suas percepções, a qual é transformada em mera testemunha dentro de um processo extremamente burocratizado (1997, p. 198-201)

Tais constatações desembocam no questionamento do autor à legitimação do sistema criminal para satisfatoriamente lidar com o conflito, já que ele acaba por criar uma realidade paralela que não condiz com as reais necessidades das partes e da comunidade (HULSMAN, 1997, p. 205-206).

Como resposta a isso, o criminólogo propõe a progressiva abolição das respostas tradicionais por meio da consideração da realidade como ela se apresenta. Os conflitos passam a ser redefinidos como “situações problemáticas” (ZAFFARONI, 1991, p. 99). Perguntas simples formuladas pelos agentes de segurança e direcionadas aos envolvidos como: O que aconteceu? Como você se sente? O que você deseja? Se transformam em ferramentas para se pensar soluções alternativas à imposição de aflição, por intermédio da alteração da linguagem institucional (HULSMAN, 1997, p. 206-208).

Já Christie, ao se basear na ideia de que o crime não é uma realidade ontológica e, portanto, sua definição varia de acordo com o momento histórico em que está inserido, expõe que o clássico sistema retributivo não é a única maneira de se responder ao conflito. O autor, utilizando-se de uma perspectiva histórica, exemplifica modelos de sociedade baseados em sistema compensatório, onde as decisões se restringem a um espaço

delimitado, os acordos são estimulados e as respostas apresentam-se como compensação ao dano, já que a ruptura de laços comunitários não é algo desejado (CHRISTIE, 1997, p. 245-249; ZAFFARONI, 1991, p. 100).

Partindo desses exemplos, o criminólogo contesta o sistema penal moderno como único meio possível de resposta ao delito e estimula a adoção de práticas alternativas. Para tanto, demonstra o importante papel dos comitês de mediação na Noruega, nos quais:

[...] as partes em conflito devem ter a chance de se reunir, pessoas de fora devem ajudá-los; o propósito deste encontro deve ser o de criar uma avaliação do conflito e uma compensação à parte ofendida, mas não uma pena para outro participante (CHRISTIE, 1997, p. 252).

Por fim, o criminólogo Mathiesen empreende uma crítica à prisão a partir do que chama de irracionalidade em seus objetivos declarados. O autor aponta que todos as quatro principais finalidades cunhadas para a imposição do encarceramento, na prática, se mostram inócuas. A ideias de reabilitação, dissuasão, interdição e igualdade associadas à prisão do sujeito não se sustentam, foram criadas sob o barro e, por isso, não demonstram resultados satisfatórios (MATHIESEN, 1997, p. 270-275).

Como umas das alternativas propostas por ele, está o incremento do apoio às vítimas pelo sistema. Este pode se dar de diversas formas: “compensação econômica (do Estado) [...], um sistema de seguro simplificado, apoio simbólico em situações de luto e pesar, abrigos [...], centros de apoio [...] solução de conflitos [...] e assim por diante” (MATHIESEN, 1997, p. 276).

Seja pelo reconhecimento do delito como realidade política, e não ontológica; seja pela ideia de sequestro estatal do conflito; ou pela ineficácia das prisões para solução dos conflitos, é certo que os abolicionismos contribuíram sobremaneira para reflexões alternativas (COSTA; MACHADO, 2018, p. 80). Mesmo que, à época, o foco tenha sido na pena privativa de liberdade, suas formulações também podem ser aplicadas nas situações que envolvem as medidas de segurança detentivas.

Desse modo, pode-se dizer que a análise da criminologia crítica possibilita a deslegitimação do sistema de um ponto de vista externo (COSTA; MACHADO, 2018, p. 82). E essa conclusão é essencial para que a autopoiese da racionalidade penal moderna, denunciada por Pires, seja combatida. Além, é claro, do fato de que outros paradigmas de responsabilização do sujeito possam ser pensados como respostas possíveis à infração de uma norma de conduta:

O abolicionismo não pretende renunciar à solução dos conflitos que devem ser resolvidos; apenas, quase todos os seus autores, parecem propor uma reconstrução de vínculos solidários de simpatia horizontais ou comunitários

que permitam a solução desses conflitos sem a necessidade de apelar para o modelo punitivo formalizado abstratamente (ZAFFARONI, 1991, p. 104)

Nesse cenário, conforme será destrinchado no tópico seguinte, a Justiça Restaurativa bebe da fonte dos abolicionistas para traçar um modelo alternativo à retributividade penal. Essa convergência encontra-se, por exemplo, nos comitês de mediação propostos por Christie, ou na proposta de maior apoio à vítima, elaborada por Mathiesen (COSTA; MACHADO, 2018, p. 83-84) Com isso, o novo olhar da Justiça Restaurativa sobre o conflito surge como possibilidade desconstrutiva da aflição no sistema criminal.

5.2 Justiça Restaurativa como paradigma alternativo na gestão do conflito: valores e princípios

Diante do que foi exposto acerca do papel da racionalidade penal moderna na administração do sistema punitivo, especialmente sobre a afluência como resposta necessária ao cometimento de um delito, surge a inquietação para que esse paradigma seja superado, em meio a todos os problemas sociais decorrentes de sua vigência.

A partir dos escritos de Zehr (2008, p. 73), tem-se paradigma como um método de se construir a realidade. Desse modo, o sistema de justiça criminal estabelece uma realidade voltada à gestão do conflito pela repressão. Há um sistema de lentes para enxergar o mundo e a lente da racionalidade penal moderna (RPM) é a que está vigente. É ela que mostra o mundo sob a perspectiva da punição e pela negligência das necessidades das partes (ZEHR, 2008, p. 61).

Para o autor, podemos identificar cinco premissas básicas nesse cenário: “a culpa deve ser estabelecida”; “a justiça deve vencer”; “a justiça passa necessariamente pela imposição de dor”; “a justiça é medida pelo processo”; e “a violação da lei define o crime” (ZEHR, 2008, p. 63). No primeiro caso, a culpa foca no passado, na determinação de quem fez o quê, em um sentido meramente técnico e individualista. Não há a preocupação em decidir o que se fazer para resolver os problemas criados pelo conflito e os futuros que advirão dele (ZEHR, 2008, p. 64).

A segunda e terceira premissas estão bastante interligadas com os conceitos já trazidos pela RPM: a reafirmação do sistema de justiça pela necessidade de imposição de uma pena de caráter afluente. Somente assim o equilíbrio da balança seria reestabelecido (ZEHR, 2008, p. 71). Nesse sentido:

O direito e a justiça, num tal modelo retributivo, portanto, funda-se apenas na sucessão de imposições de sofrimento, mantendo o homem, com isso, sempre

preso a uma situação passada, insuscetível de reversão para dar margem ao novo, o que se justifica por este olhar centrado marcadamente no passado, não no presente, muito menos no porvir (MELO, 2005, p. 59)

A quarta premissa demonstra a característica adversarial do sistema retributivo, o qual focaliza mais no procedimento que na resolução do problema (ZEHR, 2008, p. 74). Já a quinta, e última, denota o apego ao legalismo, em contraponto ao foco no dano e nas partes, de modo que aspectos sociais e éticos do conflito são relegados a segundo plano (ZEHR, 2008, p. 77-78).

Conforme apontado no primeiro capítulo, a medida de segurança aplicada aos inimputáveis por doença mental caracteriza-se por ser uma sanção de natureza penal, tendo em vista a carga aflitiva que ela carrega, correspondente, dentre outros aspectos, à privação de liberdade do sujeito. Insere-se no sistema retributivo de justiça criminal quando, pela prática de um ilícito penal, a escolha institucional de reafirmação do ordenamento é a imposição de uma internação compulsória baseada na presunção de periculosidade do sujeito (FERRARI, 2001, p. 63).

Ao mesmo tempo, o processo de imposição da medida também segue a lógica do processo criminal comum, até a instauração do incidente de insanidade mental e a aplicação de uma sentença absolutória imprópria. Há, de todo modo, o sequestro do delito pelo Estado, e não há espaço para o diálogo com a vítima e a comunidade. Sua execução dentro de um HCTP, ambiente manicomial e prisional, é mais um atesto de sua filiação à racionalidade penal moderna.

O que não quer dizer que, a partir de uma nova lente, que corrija a visão deturpada que temos, o conflito, inclusive aquele envolvendo o sofrimento psíquico, não possa ser ressignificado, agora como potencialidade. É que conflitos são inerentes aos relacionamentos humanos. A questão é como eles podem ser transformados em benefício da restauração dos laços sociais outrora rompidos (LEDERACH, 2012, p. 16).

Neste caso, a nova lente da JR teria o condão de modificar o sistema de justiça criminal, a partir da construção de um modelo autocompositivo de resolução de conflitos. Em que pese ainda não podermos colocá-la como paradigma, já que isso demandaria uma sólida teoria e significativo grau de consenso científico, não deixa ela de ser uma alternativa promissora à realidade problemática que vivenciamos (ZEHR, 2008, p. 169). Braithwaite, inclusive, a denomina de teoria de transição (2003, p. 4).

E, neste ponto, deve-se ter cuidado em diferenciar um movimento alternativo como a JR, com a questão das penas alternativas. Este último não promove efetivas

mudanças na configuração retributiva do sistema. São apenas novas formas de se punir, que não superam os pressupostos já elencados (ZEHR, 2008, p. 89-90). Tem-se como exemplo as penas comunitárias e a justiça negocial que, ao contrário, tendem a expandir a rede penal para situações antes não tuteladas.

Nesses casos, não há a estruturação de um plano a longo prazo, que vise a modificação das causas que geraram o conflito entre as partes, o que contribui para a estabilização das taxas de reincidência. É que “o impulso de resolver nos leva a oferecer no curto prazo um alívio para a dor e a ansiedade através da negociação de respostas aos problemas urgentes” (LEDERACH, 2012, p. 46).

Zehr afirma que o crime e suas consequências devem ser enxergados a partir de quatro perspectivas distintas: da vítima, dos relacionamentos, do ofensor e da comunidade (2008, p. 173). O objetivo, então, é restaurar os danos causados em cada um desses tecidos e isso partirá da percepção das necessidades de cada um de seus núcleos (ZEHR, 2008, p. 192). Com isso, a JR baseia-se em pressupostos distintos da justiça retributiva porque vê a formação do justo sob o viés primário da horizontalidade, e não da verticalidade tradicionalmente imposta pelo Estado. Além disso, o procedimento é marcado pela pluralidade, participação e responsabilização pessoal (MELO, 2005, p. 56).

Sabe-se que, a despeito do crescente movimento da JR no Brasil, é preciso ter vigilância quanto às necessidades que envolvem a administração de uma proposta alternativa ao sistema penal. Para tanto, uma visão crítica é essencial, no sentido de que não se cometam os mesmos erros do passado. O risco de aplicação em conjunto da JR com o sistema retributivo é que ela seja “engolida” pelo primeiro, e relegada a uma posição subalterna dentro do processo, em que a população a vê como uma alternativa menos importante que a justiça tradicional (TONCHE, 2020, p. 316-319).

A implementação de efetivas mudanças no campo criminal, portanto, requer a observação de três pontos: 1. fugir de um modelo hermético e padronizado de JR, de modo a descuidar-se das particularidades que envolvem cada conflito/delito e suas partes; 2. evitar procedimentos eminentemente burocráticos que desnaturem a sua essência inovadora; 3. priorizar uma avaliação qualitativa, em detrimento de quantitativa, das práticas restaurativas (ACHUTTI; PALLAMOLA, 2014, p. 86).

Dito isso, adentra-se na problemática principal da pesquisa: é possível compatibilizar a JR com a custódia psiquiátrico-penal?

A pergunta surge quando alguns dos valores e princípios que norteiam essa teoria, em um juízo inicial, chocam-se com as particularidades que envolvem a gestão do

sofrimento psíquico. Questões como identificação de voluntariedade e senso de autorresponsabilidade no sujeito neurodivergente geram desconfiança e colocam à prova a possibilidade de diálogo entre esses dois universos. Que a medida de segurança é fruto de um sistema penal retributivo, não há dúvidas. Mas a alteração desse cenário pela via da JR é uma hipótese que carece de maiores investigações científicas.

De acordo com Braithwaite, os valores da JR podem ser elencados em três grupos, segundo o grau de imprescindibilidade deles para o completo sucesso do modelo (2003, p. 8). O primeiro grupo contém os valores prioritários, aplicados em situações em que envolvem risco à liberdade ou outras sanções sérias. São eles: não-dominação, empoderamento, legalidade, escuta respeitosa, igual consideração das partes, responsabilização e respeito aos direitos fundamentais. São tidos por compulsórios e irrenunciáveis (BRAITHWAITE, 2003, p. 8-9; 13).

Na JR, há uma paulatina transferência da responsabilização passiva, correspondente à assimilação da culpa pelo dano, após a conexão causal entre fato e resultado, para a responsabilização ativa que seria uma virtude de tomar para si o encargo de consertar o problema gerado (BRAITHWAITE; ROCHE, 2001, p. 64). E, nesse ponto, Braithwaite aponta que nem todo tipo de responsabilização criminal adequa-se aos pressupostos filosóficos da responsabilidade ativa (2003, p. 10). A imposição de uma medida de internação psiquiátrica compulsória em ambiente asilar certamente não é uma delas.

O segundo grupo de valores restaurativos, denominados de maximizadores, não são imprescindíveis para a prática, mas ainda assim importantes ao deslinde do processo e devem ser estimulados. Consistem na restauração de emoções, da dignidade e da propriedade afetada, além da prevenção a conflitos futuros (BRAITHWAITE, 2003, p. 11; 13)

Na terceira posição da lista, estão os valores denominados de emergentes. Para o autor, são aspectos que devem surgir de um desejo genuíno dos sujeitos, da externalização de suas emoções. Portanto, não devem ser impostos por terceiros. Correspondem ao: remorso, perdão, censura ao ato e piedade (BRAITHWAITE, 2003, p. 12-13).

A resolução nº 225/2016 do CNJ prevê em seu artigo primeiro alguns desses valores:

III – as práticas restaurativas terão como foco a satisfação das necessidades de todos os envolvidos, a responsabilização ativa daqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a ocorrência do fato danoso e o empoderamento da comunidade, destacando a necessidade de reparação do dano e da

recomposição do tecido social rompido pelo conflito e as suas implicações para o futuro

O valor da responsabilização tem potencial para problematização no âmbito da inimputabilidade penal por doença mental, mas pode ser defendido. Primeiro, atesta-se que a exclusão da culpabilidade do sujeito não deixa de gerar espécie de responsabilização penal consubstanciada na imposição de uma sanção penal. E, ainda, responsabilização de viés objetivo, já que não há discussão sobre culpa (FUHRER, 2000, p. 81-82).

A diferença é que a responsabilização como valor almejado pela JR possui fundamento distinto. Como dito, é uma responsabilização de caráter ativo, em que o sujeito assume o compromisso de lidar com os danos causados pelo conflito, e não o de apenas se submeter a uma medida de segurança. No contato entre vítima e ofensor, por exemplo, há a tendência que se gere compaixão e mútuo entendimento, para além da mera ideia de vingança. A partir desse ponto, há uma maior possibilidade de restauração dos laços rompidos, e isso corresponde também a uma espécie de responsabilização (BRAITHWAITE, 2003, p. 68-69). Zehr, inclusive, fala sobre o importante papel da responsabilização simbólica no âmbito da JR (2012, p. 35).

Essa metodologia tem, portanto, maiores chances de se adaptar às particularidades do sofrimento psíquico. O próprio movimento de reforma psiquiátrica a coloca como medida terapêutica. Permitir ao paciente ser sujeito ativo de suas relações sociais e da realidade que o circunda fornece subsídios para que, a seu modo, assuma os atos imputados e os danos cometidos. Para além das categorias tradicionais de responsabilização penal, há um vasto campo de alternativas que podem ser exploradas (CARVALHO; WEIGERT, 2017, p. 100).

É o caso da corresponsabilidade, sustentada em rede e prevista no artigo segundo da resolução 225 do CNJ. Nesse caso, o ofensor não deve arcar sozinho com o peso das obrigações e da reparação de danos. E, assim, há um incentivo para que todos os envolvidos compartilhem da responsabilidade na construção de um acordo restaurativo.

Outro ponto problemático relacionado aos valores da JR e o sofrimento psíquico diz respeito à prevenção de danos futuros. Isso porque, como visto no primeiro capítulo, um dos fundamentos para a permanência da medida de segurança detentiva é a presunção de periculosidade do indivíduo. Se fala que nele há “uma potência delitiva que a qualquer momento pode se concretizar em um ato lesivo contra si ou contra terceiros” (CARVALHO; WEIGERT, 2017, p. 76). E, por isso, a contenção deve ser a medida primária a ser tomada.

Contudo, conforme também apontado no capítulo referente à reforma psiquiátrica, esse é um discurso jurídico que não se coaduna com as novas percepções do sofrimento psíquico e de seu tratamento multidisciplinar. É uma mera ficção teórica que não se justifica. Por que haveria maiores riscos de delinquência por parte do inimputável do que para o imputável? É um juízo prévio de verificabilidade que não pode ser medido e, portanto, é fruto de mera estigmatização do sujeito vulnerável (WEIGERT, 2017, p. 171-172). Nesse sentido, há plena possibilidade de prevenção de danos futuros dentro de uma prática restaurativa envolvendo a saúde mental. São os mesmos riscos que envolvem qualquer outro ser humano em um contexto social, e que já são levados em consideração em seus métodos.

Para além dos valores estabelecidos, Zehr (2012) enfoca os princípios que devem nortear a prática restaurativa. São eles: o foco nos danos e nas necessidades do ofensor, vítima e comunidade; resolver as obrigações que resultam dos danos; utilizar a cooperação; envolver todos os legítimos interessados; e perseguir a reparação. O último deles deve ser central (ZEHR, 2012, p. 44-45).

A reparação, com isso, não se confunde com a mera aplicação de uma pena. A JR busca corrigir os danos causados sob uma perspectiva de restauração dos laços rompidos, superação das dificuldades, responsabilização ativa das partes e prevenção de novos conflitos (ZEHR, 2012, p. 77). A complexidade das relações humanas é levada em consideração nesse cenário alternativo que foge a respostas simplificadoras, a exemplo da prisão.

Abre-se espaço para a discussão das emoções e dos sentimentos dos envolvidos, em um procedimento que parte da escuta, do diálogo e da horizontalidade, em formas autocompositivas de resolução dos conflitos, como círculos de construção de paz e conferências vítima-ofensor (TONCHE, 2020, p. 311-312).

A resolução do CNJ também cita, em seu artigo segundo, outros princípios orientadores, são eles: corresponsabilidade; reparação de danos; atendimento às necessidades; informalidade; voluntariedade; imparcialidade; participação; empoderamento; consensualidade; confidencialidade; celeridade; e urbanidade.

Dentre os princípios da JR que poderiam colidir com o campo da saúde mental, estão a corresponsabilidade, a voluntariedade e a consensualidade. A suposta ausência deles seria um obstáculo para a participação ativa do sujeito no processo restaurativo. O primeiro, também colocado como valor, já foi analisado.

A questão da voluntariedade dialoga com a pressuposição de que não haveria completo discernimento do portador de sofrimento psíquico sobre o conflito, o que poderia gerar a ausência de voluntariedade e consenso, imprescindíveis para a realização da prática e do acordo, respectivamente. Contudo, conforme será analisado no tópico seguinte, as pesquisas demonstram a possibilidade de implementação da JR no campo da custódia psiquiátrico-penal, posto que sempre haverá uma avaliação prévia, e técnica, da capacidade de cada sujeito de participar do programa, além da adaptação das metodologias para as condições médicas e psicológicas dos envolvidos.

É que, mais uma vez, a generalização de que o sofrimento psíquico afeta as capacidades dos sujeitos para a vida social é fruto, na maior parte das vezes, de preconceitos que não possuem fundamento científico. Não há impossibilidade definitiva e persistente de discernimento que impeça a prática restaurativa. O objetivo é atender às necessidades físicas, emocionais e institucionais das partes ao mesmo tempo em que se responsabiliza o autor sem a necessária aplicação de mecanismos aflitivos e/ou estigmatizantes (MELO, 2005, p. 53). Requer-se, no entanto, diante de um cenário novo e desafiador, boa vontade das instituições e consciência de que os métodos serão determinados casuisticamente.

Não há como negar a potência da JR para problematizar categorias defasadas na execução da medida de segurança, como periculosidade e internação compulsória. Meras ilações acerca de sua inadequação não se sustentam, quando há relatos científicos sobre a possibilidade de diálogo entre esses dois campos. É o que veremos a seguir.

5.3 Práticas restaurativas na criminalização do sofrimento psíquico: o que nos ensina os exemplos internacionais?

A reconstrução do processo histórico de patologização do sofrimento psíquico e de marginalização do neurodivergente foi importante para desvelar os preconceitos e suposições que envolvem o campo da assistência em saúde mental. O próprio movimento da reforma psiquiátrica trouxe uma ruptura nesse paradigma repressivo de tratamento, na tentativa de retomar a individualidade e autonomia do sujeito. Como visto, em que pese não ter tido tanto sucesso no campo penal, essas inovações são essenciais para também afastar pressuposições em relação à aplicação da JR em conflitos envolvendo pessoas em sofrimento psíquico.

A questão é que não há, no âmbito nacional, uma produção teórica aprofundada acerca da possibilidade de diálogo entre a JR e a criminalização do sofrimento psíquico.

No entanto, há expressivo número de estudos internacionais que demonstram uma interlocução exitosa entre esses dois universos, inclusive a partir de experiências empíricas.

Destaque-se que o objetivo, nessa pesquisa, é investigar as potencialidades da JR para a modificação da execução das medidas de segurança detentivas, por força dos tensionamentos provocados pela luta antimanicomial nesse setor. É na internação no HCTP que a afluência das respostas penais se torna ainda mais evidente para o paciente psiquiátrico e, portanto, o escopo do trabalho é analisar a possibilidade de imersão das práticas restaurativas nesse momento. Assim, não serão feitas incursões acerca da fase processual penal, tanto pelo fato de que tornaria a pesquisa demasiado extensa, como pelo fato de que o problema é direcionado especificamente à existência e permanência do HCTP no sistema de justiça criminal.

O local de estudo são os denominados hospitais psiquiátricos forenses, equivalentes ao nosso HCTP. E as pesquisas demonstram que as percepções acerca da ausência de completo discernimento e/ou capacidade cognitiva da pessoa em sofrimento psíquico não passam de generalizações influenciadas pelo estigma que envolve o setor. Ao fim, é a equipe multidisciplinar que, em cada caso concreto, terá a capacidade de avaliar o grau de participação do sujeito nas práticas restaurativas implementadas, e de definir até que ponto elas podem contribuir para a gestão do conflito instalado.

A definição da metodologia para a revisão da literatura internacional baseou-se em análise qualitativa, a partir do que Cunha Filho (2019, p. 102) define como “triangulação de fontes diversificadas de evidência e de diferentes níveis de análise”. Para tanto, utilizou-se do software denominado “Publish or Perish”. Dentro dele, elegeu-se o filtro do “Google Scholar” para a seleção de textos acadêmicos, tendo em vista ser uma das bases de dados mais completas para a busca de artigos no âmbito das ciências humanas e sociais aplicadas.

A pesquisa utilizou-se da conjunção das palavras-chave em língua inglesa *forensic*, *mental* e *restorative* para selecionar artigos científicos que tratavam especificamente da aplicação de princípios restaurativos em unidades psiquiátricas criminais. Ademais, utilizou-se como lapso temporal os anos de 2012 a 2022, tendo em vista que, em busca prévia, o trabalho mais antigo sobre o tema datava do ano de 2012. Por fim, restringiu-se o filtro de busca ao número máximo de 100 (cem) trabalhos, tendo em vista a escassez de tempo e recursos humanos para uma análise mais aprofundada.

Ao todo, nove trabalhos enquadraram-se nos critérios de busca, cujos resultados serão expostos a seguir⁷⁰.

Hafemeister, Garner e Bath, ao trataram da aplicação de princípios restaurativos como meio de melhorar a resposta estatal no caso de ofensas criminais envolvendo pessoas em sofrimento psíquico, expõem a dificuldade histórica do sistema de justiça criminal em definir o melhor tratamento a esse sujeito, pelas particularidades que o envolve. E concluem que as respostas atuais são consideradas inadequadas para a efetiva resolução do conflito e para o bem-estar dos envolvidos (2012, p. 148).

O problema se torna maior quando estudos apontam que esses sujeitos tendem a ser selecionados pelo sistema, por suas vulnerabilidades, e, portanto, representam um número significativo da população carcerária em geral (HAFEMEISTER; GARNER; BATH, 2012, p. 150). Fato este que deve servir de motivação para se considerar estratégias alternativas às utilizadas atualmente, em especial no que diz respeito ao modelo clássico de contenção.

Ressalte-se que, no universo pesquisado, estão incluídos os sujeitos considerados inimputáveis por doença mental ao tempo da ofensa, quanto os indivíduos aprisionados que desenvolvem algum transtorno mental durante a execução da pena tradicional.

A inadequação apontada pelos autores reside na incompreensão (e estigmatização) em relação ao sofrimento psíquico e às suas potencialidades. As medidas judiciais aplicadas a esses sujeitos, e aos conflitos originários, normalmente expressam uma visão unilateral da situação, pois identificam, de forma equivocada, o sofrimento psíquico com situações de perigo, diferenciação, déficit cognitivo e ausência de empatia (HAFEMEISTER; GARNER; BATH, 2012, p. 149-152). Ao fim, a contenção ou simples medicalização são as estratégias principais, que se mostram generalistas e contraproducentes a longo prazo.

São perspectivas que inibem a alteração da situação tanto em uma perspectiva relacional do ofensor/vítima, quanto em uma perspectiva de inserção comunitária do primeiro. Este último ponto é bastante sensível, pois a dupla estigmatização do indivíduo que enfrenta o transtorno mental e uma ficha criminal é obstáculo para o pleno acesso aos recursos dispensados ao restante da população, e que são fundamentais para a reabilitação psiquiátrica, conforme apontam Thomas *et al*, em trabalho direcionado à conceitualização

⁷⁰A busca tinha por intenção selecionar trabalhos favoráveis ou não à aplicação da JR na custódia psiquiátrico-penal. Contudo, como será visto, todos os trabalhos filtrados concluíram pela possibilidade de diálogo entre esses dois campos, resguardadas as peculiaridades inerentes a cada uma das pesquisas.

da justiça restaurativa para egressos do sistema penitenciário com sofrimento psíquico (2019, p. 5-6). O acolhimento pelo grupo identitário, e da sociedade em geral, deve ser uma das prioridades nas estratégias aplicadas pelas instituições que lidam com esse sujeito.

Ao mesmo tempo, os textos relatam as altas taxas de reincidência desse público, motivadas, em grande parte, justamente pela ausência de integração com a comunidade durante seu tratamento (THOMAS *et al*, 2019, p. 5-6). É o que Hafemeister, Garner e Bath conceituam como função de “porta giratória”: o indivíduo, apartado do convívio social pela ofensa, retorna a ele sem que haja um adequado gerenciamento das dificuldades psíquicas que enfrentará, o que faz com que seja selecionado novamente pelo sistema, em uma retroalimentação infinita (2012, p. 176).

A JR, então, a partir de práticas que gerem suporte social e responsabilização ativa, passou a ser considerada como ferramenta que possibilita uma melhor resposta ao conflito envolvendo o paciente judiciário. Resposta esta que deve perseguir, na medida do possível, satisfação das partes, redução das reincidências, restituição dos laços e redução de sintomas pós-traumáticos dos envolvidos, segundo atestam Cook, Drennan e Callanan em pesquisa qualitativo-exploratória de abordagens restaurativas em um hospital psiquiátrico forense no Reino Unido (2015, p. 511). Nas palavras de Thomas *et al*, “o egresso do sistema criminal com questões psiquiátricas constrói recuperação através da participação em atividades comunitárias, envolvimento recíproco e suporte relacional” (2019, p. 18, tradução nossa)

Além do enfoque comunitário que pode ser atribuído às práticas restaurativas, a importância dada à vítima nesse novo paradigma também se mostra crucial, especialmente porque muitos dos conflitos envolvendo portadores de transtorno psíquico ocorrem no âmbito de relações continuadas, dentro da família ou de ambientes domésticos (DINIZ, 2011, p. 16; 45-46)

Por fim, a prática restaurativa também deve voltar-se para as necessidades específicas do ofensor, posto que os objetivos de reparação, restauração de laços e assunção de responsabilidade também fazem parte de seu tratamento. O sujeito irá se utilizar das ferramentas apresentadas para trilhar os passos necessários à sua reintegração social (HAFEMEISTER; GARNER; BATH, 2012, p. 195). No universo do sofrimento psíquico, em que esses aspectos são sistematicamente negligenciados ou subvalorizados, a estratégia é revolucionária.

Assim, continuar a ignorar esses três aspectos que circundam o conflito (ofensor,

vítima e comunidade) se mostra “contraprodutivo e pode deixar, a longo prazo, cicatrizes danosas, não só para as partes envolvidas, mas para a sociedade em geral” (HAFEMEISTER; GARNER; BATH, 2012, p. 203, tradução nossa). A realidade acaba sendo o retorno do indivíduo sem o suporte necessário ou a sua completa dependência institucional.

É fato que as particularidades do sofrimento psíquico geram incertezas sobre a possibilidade de aplicação de práticas restaurativas nesse público. Mas muitas das questões que envolvem voluntariedade e discernimento são fruto de ceticismos e incompreensões de uma realidade complexa, nem sempre assimilada pelo sistema de justiça, como já adiantado anteriormente.

A aplicação da JR envolvendo sofrimento psíquico não anula as especificidades de voluntariedade e discernimento desse campo, mas se adapta a elas. Para Hafemeister, Garner e Bath, “participação voluntária é a chave para essas sessões e coerção é antiético para os princípios da justiça procedimental, e, na maioria das vezes, contraproducente para essa população” (2012, p. 211, tradução nossa).

No entanto, a ausência de estudos aprofundados e práticas nesse setor contribuíram para a dificuldade na implementação da JR. Cook, Drennan e Kiernan (2016), em trabalho sobre a psicologia da justiça restaurativa no âmbito da recuperação dentro de um hospital psiquiátrico forense, apontam três fatores inibidores. O primeiro seria a falta de uma teorização sólida sobre as particularidades que envolvem a psicologia da vergonha, culpa e remorso envolvendo o conflito com o portador de sofrimento psíquico. O segundo seria a tendência a operacionalizar a reabilitação psíquica em longas etapas, progressivas e engessadas, que não cedem espaço a práticas alternativas, especialmente quando isso implica em adaptação para a realidade do conflito criminal. Por fim, os autores apontam a falta de base para articulação de mecanismos restaurativos que envolvam aspectos psicológicos dos envolvidos, especialmente pela característica da volatilidade dos estados emocionais (2016, p. 109).

Ao tratar do tema da vergonha no contexto de conferências restaurativas, Braithwaite, Harris e Walgrave (2004) salientam o impacto que a comunicação da desaprovação tem nas emoções das partes, em especial dos ofensores. E, portanto, a medição do sucesso da prática perpassa também pela gestão dessa comunicação para que ela se torne reintegrativa, e não estigmatizante. Afirma que “vergonha e culpa são temas centrais porque adequam as respostas ao crime, mesmo que não tenham a intenção, impactam na maneira que os ofensores enxergam a si mesmos” (BRAITHWAITE;

HARRIS; WALGRAVE, 2004, p. 204, tradução nossa).

Nesse sentido, a falta de estudos sobre o tema da vergonha e do remorso no contexto do sofrimento psíquico podem dificultar as práticas restaurativas nesse universo. Mas não são impeditivos.

São obstáculos, contudo, que podem ser superados a partir da análise de estudos empíricos e internacionais empreendidos no campo da psiquiatria forense. A chave para a inserção da JR é a integração de suas práticas com o programa de reabilitação já estabelecido pela instituição e aplicado no tratamento rotineiro do paciente (COOK; DRENNAN; KIERNAN, 2016, p. 113-114; THOMAS *et al*, 2019, p. 24). Para os primeiros autores:

Ficou claro que o processo de considerar isso [a Justiça Restaurativa] com as partes, iniciar uma preparação e a decisão de proceder ou não, se torna parte do rico arsenal de atividades reabilitativas, e, em um outro nível, parte do processo de aprendizado para a organização se tornar um ambiente restaurativo (COOK; DRENNAN; KIERNAN, 2016, p. 114, tradução nossa)

E dentro da instituição ressaí o importante papel do facilitador nesses casos: identificar as reais possibilidades [psiquiátricas e psicológicas] do ofensor participar do encontro (HAFEMEISTER; GARNER; BATH, 2012, p. 210; 212). Avaliação que, por óbvio, será feita com auxílio de um profissional da saúde mental, quando essa função não for exercida por ele mesmo.

Um ponto interessante trazido por Hafemeister; Garner e Bath (2012, p. 218) é a necessidade de garantir, dentro desse sistema, o aconselhamento jurídico ao ofensor, da mesma forma que é assegurado aos demais. A promoção do encontro entre o agente e seu advogado, previamente à prática restaurativa, pode impedir violação de seus direitos, além de ser importante para instruí-lo acerca dos conceitos normativos que envolvem a inimputabilidade penal.

Ao adentrarmos os estudos acerca da aplicação concreta da JR em instituições psiquiátricas forenses, observa-se que essa interlocução se mostra como uma novidade, em que pese esse novo paradigma já ter ganhado espaço significativo no âmbito dos imputáveis, mormente na seara internacional.

Um dos modelos de JR com potencial positivo para o conflito envolvendo sofrimento psíquico são os círculos de suporte e responsabilização, os quais apresentaram resultados importantes na integração comunitária de ofensores acusados de crimes

sexuais (THOMAS *et al*, 2019, p. 8-9)⁷¹. Para os autores, esses tipos de círculos, ao aplicarem os princípios restaurativos de reparação de danos, envolvimento comunitário e transformação das relações, contribuem para que esses sujeitos logrem êxito em sua reinserção social, mesmo com as dificuldades advindas de seu estado mental (THOMAS *et al*, 2019, p. 11). A aceitação social do ofensor e a assunção coletiva das responsabilidades envolvendo o conflito são ferramentas que vão de encontro ao tradicional modelo de tutela diferenciativa do portador de sofrimento psíquico (THOMAS *et al*, 2019, p. 13).

Já Van Dederen *et al* (2020) nos trazem uma perspectiva de aplicação da JR no contato entre vítima e ofensor custodiado em hospital psiquiátrico forense. A partir da constatação da ausência de dados suficientes sobre o tema, o estudo exploratório entrevistou assistentes sociais que trabalhavam na instituição e lideravam esse contato dentro do programa de reabilitação. O objetivo era analisar a possibilidade dessa prática restaurativa contribuir para o tratamento integrativo do sujeito, a partir da consideração de alguns fatores: restauração dos laços rompidos, desejo da vítima de obter respostas, possíveis acordos entre as partes e validação da ferida emocional da vítima. Como aponta os autores, apesar de o contato não ter sido feito a partir de um sistema formal de JR, é um método que se encaixa no princípio de reparação de danos almejado pelo novo paradigma (VAN DEDEREN *et al*, 2020, p. 2).

As entrevistas formuladas objetivaram identificar o seu funcionamento dentro do tratamento psiquiátrico dispensado aos ofensores, e concluiu que o contato poderia ser feito de forma direta ou indireta [carta ou telefone], a depender da disponibilidade emocional das partes envolvidas. Contudo, sempre intermediado pelo assistente social da instituição (VAN DEDEREN *et al*, 2020, p. 2). Ressalte-se que Zehr já trazia essa perspectiva de que o contato entre as partes nem sempre é possível, o que não impede, de todo modo, a prática restaurativa (2012, p. 38).

Os benefícios narrados por esses facilitadores, em relação ao paciente judiciário, correspondiam à perspectiva de restauração dos laços com a vítima, a possibilidade de

⁷¹Kay Pranis elenca três práticas restaurativas mais comuns. A primeira é a mediação vítima-ofensor, intermediada por um facilitador. A segunda, a conferência grupal restaurativa, que consiste na facilitação de diálogo entre a vítima, ofensor e seus apoiadores. Por fim, tem-se os círculos de construção de paz, os quais buscam unir, em um encontro facilitado, vítima, ofensores, apoiadores, membros da comunidade e do sistema judicial. Todos eles podem ser utilizados em momento posterior à condenação. Os círculos de suporte e responsabilização narrados pelos autores compreende o que Kay Pranis denomina de círculos de reintegração, prática restaurativa que busca “reconstruir ligações e integrar o indivíduo de volta ao grupo”, a partir da promoção de encontros entre ele e grupos da sua comunidade. São muito utilizados nos casos de egressos do sistema prisional (PRANIS, 2010, p. 15).

expressão de ressentimentos, obtenção de respostas para as dúvidas acerca do conflito que atormentavam esses indivíduos e uma melhora na forma de lidar com as consequências de seus atos (VAN DEDEREN *et al*, 2020, p. 3). Uma prática oposta, portanto, à tendência de contenção e isolamento do portador de sofrimento psíquico, a qual anula, na maioria das vezes, o contato dele com a teia subjetiva e objetiva que tece sua vida, e os fatos que a moldam, inclusive os negativos.

Na pesquisa foi ressaltada a importância da análise prévia do estado mental do ofensor para a sua participação na dinâmica, de modo que a avaliação da estabilidade de seu quadro psiquiátrico demonstrou ser essencial para um bom desenvolvimento do contato (VAN DEDEREN *et al*, 2020, p. 4). Para esses autores, os fatores impeditivos pontuais devem ser analisados pela equipe multidisciplinar, tendo por objetivo final a segurança física e emocional dos envolvidos. Como princípios a guiarem essa avaliação, estão a preparação prévia, o gerenciamento de expectativas e a escolha do tipo apropriado de contato (2020, p. 5).

A importância do estudo foi a de demonstrar, em termos práticos, que o sofrimento psíquico não é um impedimento absoluto para o contato entre as partes, e pode fazer parte do projeto terapêutico do indivíduo, inclusive para expressão de seus sentimentos. Além disso, não há fundamento para descartar, de forma absoluta, uma espécie de sofrimento psíquico desse tipo de contato:

As conclusões sugerem que a psicopatologia do ofensor não é necessariamente decisiva para o contato com a vítima. Depende muito das habilidades do trabalhador social e da equipe de tratamento, de como o transtorno é gerenciado e de encontrar uma forma segura para o contato. É também a opinião de outros estudiosos, que advogam que esse contato ou práticas restaurativas com portadores de sofrimento psíquico podem ser mais desafiadores, e, por isso, requerem facilitadores treinados, os quais estão familiarizados com o trabalho nesse campo (VAN DEDEREN *et al*, 2020, p. 6, tradução nossa)

O benefício advindo do contato entre vítima e ofensor já eram narrados por Braithwaite e Roche, o qual afirmava que, na maioria dos casos, a situação promovia compaixão e melhor entendimento entre as partes. Além disso, “compaixão contribui para a busca da restauração e da responsabilidade ativa, mais do que a punição” (2001, p. 69, tradução nossa).

No estudo exploratório empreendido por Cook; Drennan e Callanan (2015), buscou-se analisar o funcionamento de práticas restaurativas em um hospital psiquiátrico forense. Os autores apontam a ausência de dados sólidos sobre a incidência da JR nesse universo, mas adiantam que as formulações teóricas sobre o tema concluíram que o

sofrimento psíquico não é um impeditivo. Assim, indicam que a prática pode ser útil no conjunto de intervenções terapêuticas aplicadas ao sujeito em reabilitação (2015, p. 512).

Além dos pontos em comum com o estudo apontado anteriormente, essa pesquisa trouxe também a possibilidade de práticas restaurativas não só em relação a conflitos pretéritos e externos, mas também diante de ofensas praticadas dentro da instituição, envolvendo o paciente judiciário e os trabalhadores sociais (COOK, DRENNAN, CALLANAN, 2015, p. 513).

Utilizou-se também de entrevistas semi-estruturadas com pacientes, vítimas e facilitadores da unidade. O método mais utilizado era o de conferência entre ofensor-vítima, e se estabelecia a partir do progresso clínico do primeiro. As decisões nesse sentido eram baseadas na aferição de risco, consentimento e julgamento clínico (COOK, DRENNAN, CALLANAN, 2015, p. 515).

Alguns aspectos que promoviam o engajamento das partes eram o desejo de reparar as relações rompidas, a aversão à cultura da contenção, a confiança no facilitador e o processo organizacional. Já o que diminuía o índice de participação era o medo de retraumatizar os envolvidos, especialmente a vítima, e a técnica defensiva do ofensor, de evitar compartilhar a complexidade do seu problema (COOK; DRENNAN; CALLANAN, 2015, p. 517-518).

Em que pese constatarem o papel do facilitador na mediação da complexidade, a pesquisa ressaltou que os participantes tinham ressalvas com sua atuação. Muito pelo fato de que esses agentes participavam da própria organização da instituição, o que demandou um trabalho minucioso de construção de confiança. Para os autores:

reconheceu-se que as intervenções da JR não poderiam ser vistas como completamente separadas da operação da organização. Havia problemas no tocante a questões de poder, autoridade, recursos e a necessidade de atingir alvos externos (COOK, DRENNAN, CALLANAN, 2015, p. 520, tradução nossa)

Contudo, os facilitadores se mostraram cientes desse problema e, a despeito de seu papel ser dificultado pela justaposição de concepções médicas e criminais nesse ambiente, concluíram que não havia, ao fim, incompatibilidade de participarem das práticas restaurativas (COOK, DRENNAN, CALLANAN, 2015, p. 525).

Em que pese algumas críticas formuladas nas entrevistas, os resultados mostraram altos níveis de satisfação dos envolvidos, bem como que as práticas se incorporavam naturalmente ao já estabelecido programa terapêutico e de reabilitação do paciente (COOK; DRENNAN; CALLANAN, 2015, p. 522-523).

Bosma e Dalhuisen (2021) também empreenderam estudo acerca do contato entre vítima e ofensor durante a execução de medida de segurança em hospitais psiquiátricos forenses localizados na Holanda. O ponto de partida para o trabalho foi a constatação de que, a despeito de os objetivos declarados da medida de segurança serem o de ressocialização do sujeito, a comunidade tende a enxergá-lo a partir da lente do medo e do preconceito, o que gera um contraste entre os interesses do ofensor e da vítima/sociedade (BOSMA; DALHUISEN, 2021, p. 134-135).

O argumento central trazido pelas pesquisadoras é o de que a efetiva ressocialização do ofensor promove, um só tempo, o respeito à sua dignidade e o preenchimento das necessidades da vítima/sociedade. Insistir na simples contenção do sujeito, ao contrário, gera o aumento do risco de reincidência e coloca a comunidade em maiores riscos do que antes (BOSMA; DALHUISEN, 2021, p. 135). Nesse sentido:

Recuperação da vítima e ressocialização do ofensor não precisam ser contrários. Nós acreditamos que, ao dividirem suas visões e interesses, as vítimas podem criar oportunidades de melhorar a ressocialização do ofensor e seu reconhecimento, ao mesmo tempo, se a vítima conseguir eficazmente informar como moldar as condições para uma futura recuperação ((BOSMA; DALHUISEN, 2021, p. 136, tradução nossa)

A questão colocada, então, é como poderia ser feito o contato, direto ou indireto, entre vítima e ofensor nesse contexto. A problemática giraria no fato de que a maioria dos ofensores conheciam previamente suas vítimas, já que a maioria dos delitos ocorria no ambiente doméstico. São ex-companheiros, filhos, parentes e membros da família que fazem parte da rede social do ofensor. Esse fato contribui, em conjunto com o sofrimento psíquico, para uma maior vulnerabilidade e limitam as possibilidades de interação entre os sujeitos (BOSMA; DALHUISEN, 2021, p. 135; 144).

Uma das soluções apontadas pelas autoras é a consideração das particularidades de cada tipo de sofrimento psíquico para determinar o tipo de contato a ser promovido entre as partes, de forma a promover maiores ganhos. Cada doença mental requer uma abordagem diferenciada (BOSMA; DALHUISEN, 2021, p. 135; 138).

Assim, três considerações precisam ser feitas durante o processo de contato. Primeiro, preparação detalhada do processo e gestão das expectativas das partes. Segundo, escolha do tipo de contato apropriado. E terceiro, o facilitador não deve ter medo de proibir o contato quando necessário à proteção da vítima ou do ofensor. Adicione-se a esses três pontos, o fato de que, quando se tratar de conflitos familiares, a abordagem deverá ser ainda mais cuidadosa (BOSMA; DALHUISEN, 2021, p. 143-144).

Cull *et al* (2020) narram um caso específico de aplicação de justiça restaurativa

em um hospital psiquiátrico forense. O conflito dizia respeito à violência perpetrada por um interno contra uma das funcionárias da unidade. Ambos deram consentimento escrito para a realização da prática.

A metodologia eleita foi a realização de conferência entre vítima e ofensor, com a intermediação de um facilitador alocado na própria instituição. Previamente à reunião, a equipe de JR entrou em contato com o corpo clínico da instituição, de modo a entender suas necessidades específicas e a melhor forma de se comunicar com ele, o qual era diagnosticado com autismo (CULL *et al*, 2020, p. 217). Além disso, a equipe também decidiu que, no presente caso, era melhor promover um contato indireto primeiro, por meio de trocar de cartas entre as partes. Essa seria a primeira conexão desde a ofensa (CULL *et al*, 2020, p. 217).

O processo de preparação para o contato direto correspondeu a:

[...] uma revisão completa do caso, o preenchimento de uma avaliação de riscos e a criação de um plano detalhado para os facilitadores poderem promover a efetiva comunicação entre as partes, dadas as necessidades específicas do ofensor. Na preparação final, houve nova visita da equipe de facilitadores ao ofensor e a sua equipe clínica para discussão do melhor lugar e formato da conferência, além de eventuais procedimentos de segurança importantes para as partes envolvidas (CULL *et al*, 2020, p. 218, tradução nossa)

Como conclusões do trabalho, após a observação da prática restaurativa, os autores elencaram algumas considerações que deveriam ser observadas para casos futuros, especialmente aqueles envolvendo ofensores diagnosticados com autismo. São elas: atenção ao uso de linguagem simples; ser realista quanto às memórias da pessoa sobre o dano causado/sofrido e o quanto isso pode afetar na descrição do fato; monitoração das narrativas sobre o evento; preparação da vítima acerca dos limites sociais e emocionais de comunicação associadas ao ofensor; discutir as expectativas envolvidas no contexto de interação com as particularidades do ofensor (CULL *et al*, 2020, p. 221).

No contexto do Reino Unido, foi criado o “Sycamore Tree Programme”, um programa específico de justiça restaurativa aplicado nas prisões⁷². Drennan e Harvey (2021) conduziram um estudo que se propõe a observar a inserção do referido programa

⁷²O programa foi desenvolvido ainda na década de 70, por uma associação internacional de caridade denominada “Prison Fellowship International”. O intuito é a preparação de ofensores para a participação em programas de justiça restaurativa, caso optem por isso. O modelo adotado é o de intervenções grupais semanais, por duas horas e meia, durante seis semanas, tendo por objetivo a conscientização dos sujeitos sobre vitimização. Até então, o programa não tinha sido implementado em hospitais psiquiátricos forenses, apenas em prisões comuns. E o objetivo era que, nessa nova empreitada, os procedimentos aplicados fossem fidedignos aos já estabelecidos em outros locais. A adaptação feita, no entanto, foi o encurtamento dos encontros, para trinta minutos, de modo a não afetar a rotina do hospital (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 4).

nos hospitais psiquiátricos forenses, a partir de encontros promovidos com internos, por seis semanas, e intermediados pelos facilitadores voluntários e a equipe de saúde da unidade. Para tanto, realizou-se entrevista com os seis facilitadores antes e depois das interações.

A necessidade de contato prévio com a equipe de saúde, que também iria participar do programa, justifica-se pelas particularidades das intervenções no contexto da saúde mental. Assim, a introdução de conceitos sobre vitimização e justiça restaurativa requerem uma preparação psicoeducacional prévia e robusta (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 3). Até porque, até o início do projeto, conceitos de justiça restaurativa eram desconhecidos pelos servidores, além de considerados irrelevantes para o tratamento. Muito pelo fato de que acreditavam que esses conceitos não se adequavam à realidade da instituição (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 4).

A participação da equipe de saúde no programa era essencial, dado o contexto de vulnerabilidade dos usuários. Assim, fez-se uso da assistência médica nas intervenções grupais (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 5).

Ao todo, foram seis sessões. Na primeira e segunda os facilitadores utilizaram-se de vídeos educativos e discussões para preparar os internos para um futuro encontro com representantes de vítimas. Na terceira sessão, duas vítimas de delitos conversaram com os internos sobre suas experiências na justiça restaurativa. As histórias das vítimas repercutiram nas conversas empreendidas nas sessões seguintes. E na sexta e última sessão, os usuários preparam um simbólico “ato de restituição”, correspondente a uma pintura, poema, escultura e etc, e convidado a apresentá-lo ao grupo. Nesse momento, a sessão era composta pelos usuários, facilitadores e representantes da comunidade convidados. Ao fim, o certificado de comparecimento foi concedido e uma refeição compartilhada pelo grupo (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 5).

Com a finalização dos trabalhos, o estudo, então, focou nas percepções dos facilitadores do programa sobre as intervenções empreendidas no contexto de uma unidade de saúde mental, que, até então, não tinham ocorrido. Concluiu-se que, para além da transmissão dos conceitos como restauração, responsabilização, reconhecimento do dano, restituição e reconciliação, outro tema surgiu da interação específica com os internos: a necessidade de uma abordagem relacional, colaborativa e experimental (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 7).

O aspecto relacional da abordagem dos facilitadores com os usuários diz respeito à ênfase na partilha e na humanização do processo. Desse modo, os internos conseguiam

se engajar no processo de aprendizagem e haver uma efetiva mudança de comportamento entre eles. Do mesmo modo, entre os próprios facilitadores do programa, era necessário construir confiança mútua (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 7).

A abordagem colaborativa relaciona-se com a relação travada entre os facilitadores do programa e a equipe de saúde da Unidade. Era necessário o trabalho em conjunto para desenvolver as habilidades dos usuários no processo de aprendizagem, e cada um dos grupos possuía sua própria expertise para controle do ambiente. Além, é claro, do respeito entre eles (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 8).

A característica experimental do programa de facilitação foi exaltada pela equipe de saúde, a qual nunca tinha tido contato com o tema. O contexto ativo das técnicas abordadas e a alta interação entre os grupos foram pontos trazidos nas entrevistas. Outrossim, as inovações realizadas, como a promoção do diálogo entre pacientes e representantes das vítimas, nunca antes realizado, foi objeto de pontuação positiva (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 10-11).

A questão da necessidade de adaptação do programa e dos facilitadores voluntários às particularidades da Unidade e dos usuários foram descritas nas seguintes palavras dos autores: “este trabalho foi visto como diferente dos demais grupos de reabilitação e requereu dos facilitadores a sua saída da zona de conforto para serem emocionalmente autênticos nas suas respostas” (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 12, tradução nossa). Tal fato é consonante com estudos prévios que demonstram que as intervenções restaurativas com pacientes em custódia psiquiátrica requerem dos membros da equipe uma maior tolerância à vulnerabilidade emocional, a qual não encontra espaço em um ambiente carcerário comum (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 13).

Para encerrar a análise de trabalhos empíricos sobre o tema, Cook (2019) apresenta três casos de aplicação de justiça restaurativa em um hospital psiquiátrico forense no Reino Unido. Todos os casos dizem respeito a conflitos envolvendo a equipe técnica e pacientes da unidade. Para o autor, “nos serviços de saúde mental há esse duplo objetivo de redução de riscos ao público e de promoção do bem-estar dos pacientes, o que ressoa bem com a prática restaurativa” (COOK, 2019, p. 888, tradução nossa)

Em todos os casos, para conduzir os trabalhos, fora escolhido um membro da equipe que tinha treinamento em JR (e conhecia bem as pacientes), a exemplo de psicólogo, e um facilitador externo, de modo a trazer um senso de neutralidade à prática. A metodologia escolhida foi também de conferência entre vítima e ofensor (COOK, 2019).

Cook relata o primeiro caso como favorável, tendo em vista que o contato entre vítima e ofensora permitiu uma troca honesta entre as partes a respeito de suas visões sobre o ocorrido e de seus processos individuais. A tomada de responsabilidade pela ofensora e seu compromisso em pensar em formas não violentas de se expressar foram indicadores positivos do sucesso da prática (COOK, 2019, p. 889).

Já os outros dois casos não puderam ser classificados como integralmente exitosos, já que não houve uma exata conexão/solidariedade entre as partes, e não demonstrou ser um evento transformativo no que concerne ao conflito e às relações travadas. Contudo, como bem aponta o autor, em todos os casos houve:

um senso de alívio emocional e de autorrealização para os participantes após as intervenções. Talvez o sucesso parcial esteja no fato de que uma situação que estava estagnada pôde seguir em frente e com esperança de dias melhores, antes inimagináveis ou duvidosos (COOK, 2019, p. 889, tradução nossa)

Um último ponto que precisa ser enfrentado diz respeito à tendência para aplicação de filtro derivacional na pesquisa empreendida por Hafemeister; Garner e Bath (2012, p. 207-208). Os autores apontam como condição para aplicação de práticas restaurativas no âmbito do sofrimento psíquico a baixa lesividade da maioria dos crimes imputados ao grupo dos pacientes judiciários, a exemplo de assalto, abuso de substâncias ilícitas ou invasão de propriedade, o que dá a entender que o menor potencial ofensivo é pré-requisito para a incidência da JR.

Costa (2019, p. 76-77), a partir do estudo empreendido por Vera Regina de Pereira Andrade, alerta que é preciso superar a lógica punitiva de restringir a aplicação da JR a crimes mais leves, por uma suposta inadequação dos valores e princípios desse novo paradigma a questões envolvendo casos mais graves, como homicídio ou estupro. Essa circunscrição acaba tendo o efeito contrário, de alargar o controle penal em situações que não demandariam intervenção estatal.

Por fim, Zehr, em relação aos objetivos das práticas restaurativas, classifica-as em três tipos de programas: alternativos, terapêuticos e de transição. Os primeiros apresentam-se como uma via substitutiva, total ou parcialmente, ao processo adversarial comum. Já os do tipo terapêutico não buscam, precipuamente, influenciar no processo criminal, mas objetivam práticas positivas para o relacionamento entre as partes e a reabilitação do ofensor. Por fim, os programas de transição enfocam a reintrodução do ofensor, egresso do sistema prisional/institucional, na sua comunidade, tendo em vista as dificuldades que a estigmatização causam para esse processo (2012, p. 64-65).

Nos estudos internacionais analisados, observa-se que os programas restaurativos

utilizados em perspectiva foram o de tratamento, a partir do contato entre vítima e ofensor e o de transição, com os círculos de suporte e responsabilização. Programas alternativos ainda dependem de estudos mais aprofundados, especialmente porque cada sistema normativo trabalha com a questão da (in)imputabilidade do paciente judiciário de forma distinta, o que reverberará na condução do processo criminal dentro do sistema de justiça de cada país.

Outrossim, ao transpor esses programas de tratamento e transição para a realidade brasileira, melhor se adequariam à fase de execução penal das medidas de segurança e da desinternação progressiva⁷³, quando há um enfoque, ao menos em tese, no tratamento psiquiátrico dispensado ao indivíduo e na reinserção social, respectivamente.

De qualquer sorte, o marco legal da Política Nacional de Justiça Restaurativa não restringe o alcance desse novo paradigma nas práticas judiciárias, o que faz concluir que não há impossibilidade legal de incidência da JR na execução das medidas de segurança. Contudo, como visto, o Brasil carece de relatos consistentes sobre o tema e, infelizmente, as respostas institucionais tendem a seguir os parâmetros retributivos tradicionais.

Contudo, não parece ser algo muito longe da realidade. A seguir, será pensada uma estratégia para o diálogo da JR com a execução das medidas de segurança detentivas em Sergipe.

5.4 As reuniões de matriciamento como estratégia para a progressiva inserção de práticas restaurativas na UCP/SE

Diante do que foi exposto no tópico anterior, e a partir da interlocução de suas conclusões com o trabalho de campo empreendido na UCP/SE, pode-se visualizar a potencialidade de um dos serviços prestados na Unidade para a progressiva inserção de práticas restaurativas no âmbito da execução das medidas de segurança detentivas em Sergipe. Trata-se das reuniões de matriciamento convocadas mensalmente pelo setor de assistência social.

Matriciamento consiste em “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI, 2011, p. 13). A atividade busca desburocratizar o sistema, a partir da integração dos sistemas envolvidos, em ações horizontais de contato que visem dar suporte técnico, terapêutico e institucional às

⁷³Art. 97, §3º, CP e art. 178, LEP.

equipes e usuários (CHIAVERINI, 2011, p. 13-14).

Nos encontros empreendidos na UCP/SE participam deles os internos, os representantes das Redes de Atenção Psicossocial (CAPS, CRAS e CREAS) de seus territórios de referência e a assistentes sociais da Unidade. O objetivo da reunião é realizar um estudo de caso e elaborar a estratégia de acompanhamento psicossocial do paciente durante o período em que ele está custodiado. Outrossim, busca-se articular, em conjunto, estratégias que visem a desinstitucionalização do indivíduo de forma adequada e segura, tanto para ele quanto para sua família e comunidade.

Quando o interno entra na Unidade, após o período de sua adaptação e de busca de vínculos familiares, é enviado um e-mail institucional para os representantes da rede de assistência psicossocial de seu município. Na comunicação é solicitada uma visita à UCP/SE para que seja realizado o matriciamento e articulada a futura desinternação. A iniciativa parte de uma recomendação do MPE/SE para que a rede de atenção básica acompanhe o interno desde o momento em que ele entra na instituição até a sua saída, justamente como forma de não desamparar o egresso e, com isso, evitar o sistema da “porta giratória”.

Nessas reuniões também podem participar os familiares. A equipe convoca o núcleo familiar quando percebe que os laços estão muito enfraquecidos, por ausência de contato ou por conta de alguma desavença entre eles. A participação do interno é estimulada em todas as reuniões de matriciamento e, ao final, discute-se com ele a proposta institucional formulada pela equipe e assina-se uma ata entre todos os envolvidos.

Além disso, como dito no capítulo sobre a pesquisa empírica, trimestralmente também são realizadas reuniões com representantes do CAPS, CRAS e CREAS de todos os municípios sergipanos para que se discutam os resultados dos matriciamentos efetivados, as dificuldades do processo e para que os laços sejam estreitados.

Observa-se, portanto, que a estruturação dessas reuniões permite a identificação de algumas semelhanças com os processos dos casos internacionais estudados no tópico anterior. Inicialmente, o matriciamento é uma prática que se integra ao programa de reabilitação do paciente (COOK; DRENNAN; KIERNAN, 2016). Ou seja, é implementada durante a execução da medida de segurança, a qual, em tese, busca seu tratamento.

Outrossim, a intermediação do encontro entre o interno, familiares e equipes técnicas de saúde, para discussão do seu caso e articulação de um projeto de

desinternação, dialoga com algumas características dos círculos de suporte e responsabilização narrados por Thomas *et al* (2019). É que o contato entre as partes e o apoio dado pelos representantes da assistência psicossocial representam, de certa forma, uma assunção coletiva de responsabilidades, além de externar a preocupação institucional com a reinserção do ofensor na sua comunidade. Isso é motivado pelo fato de que a equipe compreende que a ausência de amparo do interno, quando de sua saída, é fator decisivo para o incremento do risco de reincidência, já que não se logrou êxito em construir uma rede de apoio durante sua custódia (THOMAS *et al*, 2019).

Ademais, apesar das reuniões de matriciamento não terem por objetivo a conferência entre vítima e ofensor, acaba por realizá-la tangencialmente. É que, como visto, muitos delitos que envolvem o sofrimento psíquico ocorrem no âmbito doméstico (DINIZ, 2011). Então, quando participam delas os familiares do custodiado, de certa forma a vítima também pode ser integrada nesse projeto.

Ainda que essas constatações sejam embrionárias, não deixam de ter um papel provocativo nas análises empreendidas até aqui. As reuniões de matriciamento dialogam com os valores restaurativos do empoderamento e igual consideração das partes, quando estimulam a participação do interno nas discussões; e da prevenção de conflitos futuros, quando trazem a família e a comunidade para o seio da terapêutica.

Ademais, constata-se também o diálogo com o princípio restaurativo do foco na resolução das necessidades mediatas e imediatas dos legítimos interessados, consubstanciado na construção de uma rede de apoio que sustente o custodiado tanto no período de sua internação, quanto na desinternação.

Importante ressaltar que essas práticas institucionais na UCP/SE, a exemplo do matriciamento e do programa de desinternação progressiva, atuam com o foco maior no momento de saída, ou nos períodos que a antecedem. Para que programas restaurativos possam se desenvolver no âmbito da custódia psiquiátrico-penal, como visto na análise da doutrina internacional, é importante assentá-los ao longo de todo o programa de reabilitação (COOK; DRENNAN; KIERNAN, 2016, p. 113-114).

Nesse sentido, o alinhamento da equipe técnica a partir de círculos de diálogo pode ser uma estratégia para o fortalecimento dos valores e princípios restaurativos. Nessa prática, “os participantes exploram uma questão ou tópico específico a partir de muitas perspectivas diferentes [...] e não buscam consenso sobre a questão” (PRANIS, 2010, p. 14). Portanto, o objetivo é que, por meio da partilha, os servidores estreitem os laços e ampliem sua visão de mundo a partir da perspectiva do outro.

Drennan; Harvey (2021) apontam a importância da introdução de conceitos e práticas restaurativas para os servidores da Unidade, antes de se iniciarem as metodologias com os pacientes. E isso não diz respeito apenas à capacitação técnica da equipe, mas à construção de relações de trabalho saudáveis e colaborativas, que permitam a confiança e abertura emocional entre eles (DRENNAN; HARVEY, 2021, p. 7).

Outro ponto a ser fortalecido, e que não se observou durante o trabalho de campo na UCP/SE, é a promoção de espaços de diálogo entre os internos. Apesar deles dividirem as acomodações, as refeições e a maioria das atividades, não há um trabalho ativo na melhoria da comunicação entre eles. Do mesmo modo, a promoção de momentos de escuta ativa poderia fortalecer a sensação de pertencimento do paciente e fortalecer os vínculos existentes. Nesses espaços de fomento à empatia, a partir da comunicação não-violenta, “damos aos outros o tempo e espaço de que precisam para se expressarem completamente e sentirem-se compreendidos” (ROSENBERG, 2006, p. 134).

Por fim, pode-se fazer uso de práticas circulares para fortalecimento da rede de apoio, bem como para construção de vínculos de pertencimento entre o interno e seu núcleo familiar e comunitário. A origem da sua internação sempre será um conflito que precisa ser trabalhado, e os círculos de paz podem ser ferramentas úteis para lidar com a questão:

Tendo como base os círculos de conversa dos nativos norte-americanos, o processo circular de construção de paz envolve vítima, apoiadores da vítima, ofensor, apoiadores do ofensor e membros da comunidade interessados no caso num diálogo estruturado sobre o que aconteceu, por que aconteceu, qual foi o impacto, e o que é necessário para reparar o dano ou mal, impedindo que aconteça de novo (PRANIS, 2010, p. 7-8)

Do exposto, conclui-se que algumas práticas já empreendidas na UCP/SE, como o matriciamento e o programa de desinternação progressiva, além de outras que poderiam ser estabelecidas, podem vir a ser um laboratório institucional para a inserção definitiva de práticas restaurativas no âmbito da custódia psiquiátrico-penal em Sergipe.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigar o percurso teórico de identificação do conceito de loucura com desvio moral foi essencial para a compreensão de como o adjetivo “louco” permitiu sistemáticas violações de direitos humanos ao longo dos séculos. Claro que, hoje em dia, a neurodivergência possui sólido embasamento científico, e o presente trabalho não pretende negar os fundamentos biológicos de caracterização de um transtorno psiquiátrico. Contudo, não se pode esquecer que a origem da psiquiatria está atrelada, também, a aspectos sociais, econômicos e jurídicos. E um dos papéis mais significativos, e problemáticos, de consolidação desse saber-poder na sociedade é o de controle da população, em uma perspectiva, inclusive, higienista.

E é na interlocução entre esse saber médico e o direito criminal que um tipo particular de sujeito sofre o pior dos dois mundos: ser encarcerado em uma instituição que une aspectos manicomiais e prisionais. O HCTP, local destinado à execução de medidas de segurança detentivas, é uma realidade de nosso tempo, ainda que muitas pessoas nunca tenham ouvido falar dele. Sob o argumento de que ali estão indivíduos perigosos e doentes, cujo tratamento médico não pode prescindir de sua contenção, a instituição permanece hígida e superlotada.

As transformações ocorridas ao longo das últimas décadas na assistência à saúde mental não tiveram o condão de alterar significativamente esse cenário. A prioridade de tratamento psiquiátrico em meio aberto, comunitário e multidisciplinar, como é praticado nos CAPS, não atinge a maior parte dos portadores de sofrimento psíquico em conflito com a lei. Para estes, reserva-se tratamento mais gravoso e em ambiente asilar, a despeito de uma reforma psiquiátrica já consolidada no Sistema Único de Saúde.

Uma das principais justificativas para tanto é que a custódia psiquiátrico-penal se fundamenta na mesma base teórica de todo o arcabouço da justiça criminal: a racionalidade penal moderna. Infligir uma sanção aflitiva, consubstanciada na internação compulsória do indivíduo, é a forma que o sistema encontra para se autoafirmar após ser maculado pelo crime. O Estado sequestra para si o conflito entre as partes e determina, em um processo verticalizado, burocrático e tecnicista, que o causador do dano deve ser contido e tratado, ponto final.

Deve-se fazer jus, contudo, aos respiros em meio a esse caos. Programas de atenção ao paciente judiciário, em especial os implementados em Minas Gerais e Goiás, demonstram a possibilidade de estruturar a execução das medidas de segurança de acordo com o que preconiza a lei nº 10.216/2001. Mas, apesar de determinações nacionais para

a adequação do sistema criminal à reforma psiquiátrica, a realidade ainda permanece, na maior parte do território, a mesma. E isso pode ser observado pelas estatísticas carcerárias anualmente divulgadas.

Essas são conclusões extraídas não apenas dos marcos teóricos expostos neste trabalho, mas a partir da vivência prática empreendida na Unidade de Custódia Psiquiátrica de Sergipe. A observação da estrutura, rotina e população custodiada, durante o trabalho de campo, permitiu constatar que a internação do inimputável por doença mental muito pouco difere de um encarceramento tradicional. Banhos de sol, celas, alas, algemas, ligações telefônicas, visitas familiares, revistas, tudo isso faz parte do dia a dia daquele lugar. Além disso, o perfil sociodemográfico da sua população é similar ao que está recluso nas penitenciárias: maioria de negros e pardos, com baixa escolaridade e marcados pela vulnerabilidade socioeconômica. O diferencial para as prisões comuns, ao fim, é o adicional de um tratamento psiquiátrico contínuo e, ainda assim, deficitário, por conta da desassistência pública.

As tentativas administrativas de promover a desinstitucionalização na execução das medidas de segurança em Sergipe esbarram em empecilhos legais, jurídicos e burocráticos para sua concretização. Há a consciência dos atores envolvidos de que algo está errado, mas, até que se concretize as mudanças necessárias, há muito caminho a ser percorrido. E isso também depende de vontade política.

As frustrações geradas pela pesquisa acadêmica acerca da criminalização do sofrimento psíquico são combustível para se pensar alternativas a esse cenário e, dentre elas, está a Justiça Restaurativa. A mudança da lente pela qual as instituições enxergam o conflito, a partir de uma visão mais empática das partes envolvidas, com foco em suas necessidades, na restauração dos laços rompidos e na autocomposição dos danos, já é uma realidade no sistema de justiça criminal de nosso país. O Poder Judiciário fomenta, cada vez mais, a implementação de práticas restaurativas em seus processos. E por que não as estender ao contexto do sofrimento psíquico em conflito com a lei?

Apesar de a visão da JR acerca das potencialidades de cada indivíduo estar em consonância com as percepções contemporâneas de uma assistência em saúde mental empoderadora e não estigmatizante, não há produção científica nacional robusta acerca de sua incidência no âmbito da custódia psiquiátrico-penal. Persistem questionamentos acerca da possibilidade de diálogo entre essas duas instâncias, motivadas, grosso modo, por concepções sobre as capacidades de autodeterminação do neurodivergente.

Contudo, conforme revisão de literatura internacional realizada, os princípios e valores restaurativos, além de serem compatíveis com o campo da saúde mental, trazem benefícios ao tratamento de pacientes em hospitais psiquiátricos forenses. As conferências entre vítima-ofensor e os círculos de suporte e responsabilização, por exemplo, promovem uma melhor percepção do conflito e dos danos advindos dele, a progressiva restauração de laços rompidos e a construção de um caminho para a reinserção do interno em sua comunidade. É claro que o novo campo requer adaptações, condizentes com as particularidades psíquicas dos ofensores. Não chegam, contudo, a representar entraves para a prática, desde que haja vontade e a devida capacitação da instituição e dos técnicos envolvidos.

E, a partir da observação empreendida na UCP/SE aliada à análise dos estudos internacionais, vislumbra-se as potencialidades das reuniões de matriciamento, implementadas pelo setor de assistência social, para se tornarem pontos estratégicos na implementação de práticas restaurativas na Unidade, já que promovem a construção de uma rede de apoio ao interno.

Enfim, há muitas maneiras de se mudar uma realidade. Não há um único caminho possível, mas todos eles devem levar à emancipação do sujeito, ao respeito aos direitos humanos e à exaltação das diferenças, bases para a concretização de uma sociedade justa, plural e democrática. E entendo que a Justiça Restaurativa pode ser sim uma dessas trilhas.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, Daniel; PALLAMOLLA, Raffaella. Justiça Criminal e Justiça Restaurativa: possibilidades de ruptura com a lógica burocrático-retribucionista. In: **Sistema Penal & Violência**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 75-87, jan.-jun., 2014.
- ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. São Paulo: Artmed Editora, 2009.
- ALMEIDA, Gabriel Bertin de. **Os limites da presunção no processo penal**. In: Revista Liberdades - IBCCRIM, São Paulo, n. 3, p. 112-127, jan. – abr. 2010.
- AMARANTE, Paulo (coord). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo. Uma aventura no Manicômio: a trajetória de franco basaglia. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 1994, v. 1, n. 1, jul-out, p. 67-77.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.
- BARATTA, Alessandro. **Criminologia crítica e crítica do direito penal**: introdução à sociologia do direito penal. Rio de Janeiro: Revan, 2011.
- BARRETO, TOBIAS. **Menores e loucos em direito criminal**. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2003.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Genealogia do conceito de periculosidade. In: **Responsabilidades**, Minas gerais, v. 1, n. 1, mar. – ago., 2011, p. 37-52.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.
- BASAGLIA, Franco. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco (coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- BATISTA, Nilo. **Apontamentos para uma história da legislação brasileira**. Rio de Janeiro: Revan, 2016.
- BECCARIA, Cesare. **Dos delitos e das penas**. São Paulo: Martin Claret, 2011.
- BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BITENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal**: parte geral. 22. ed. São Paulo: Saraiva, 2016. 5 v.
- BOSMA, Alice Kirsten; DALHUISEN, Lydia. Victim-offender contact in forensic mental health. In: **Erasmus Law Review**, 2021, v. 14, n. 3, p. 134-145. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4089699. Acesso em: 03 jan. 2023.

BRAITHWAITE, John. Principles of Restorative Justice. In: A. von Hirsch, J.V. Roberts, A.E. Bottoms, K. Roach and M. Schiff (org). **Restorative Justice and Criminal Justice: Competing or Reconcilable Paradigms?** Oxford: Hart Publishing, 2003, p. 1-20

BRAITHWAITE, J.; HARRIS, N.; WALGRAVE, L. Emotional Dynamics in Restorative Conferences. In: **Theoretical Criminology**, 2004, v. 8, n. 2, p. 191-210.

BRAITHWAITE, John; ROCHE, Declan. Responsibility and Restorative Justice. In: BAZEMORE, Gordon; SCHIFF, Mara. **Restorative Community Justice**. New York: Rockefeller University Press, 2001, p. 63-84.

BRANCO, Thayara Silva Castelo. **Medidas de segurança no Brasil: o exercício do poder (penal) no âmbito da normalização terapêutica**. 2016. Tese (Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Rio de Janeiro, 1941. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689compilado.htm. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. Decreto-Lei nº 3.689 de 3 de outubro de 1941. **Código de Processo Penal**. Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. **Lei de Execução Penal**: Lei n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Brasília: Palácio do Planalto, 1984. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em 23 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em 23 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13964**, de 24 de dezembro de 2019. Aperfeiçoa a legislação penal e processual penal. Brasília, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13964.htm. Acesso em 23 out. 2022.

BRASIL. **Projeto de lei nº 3657**, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em 23 out. 2022

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **AgRg no Resp 998128/MG**. Julgado em 05 de abril de 2011. Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. Disponível em:

[https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?i=1&b=ACOR&livre=\(\(%27AGRESP%27.clas.+e+@num=%27998128%27\)+ou+\(%27AgRg%20no%20REsp%27+adj+%27998128%27\).suce.\)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja](https://processo.stj.jus.br/SCON/pesquisar.jsp?i=1&b=ACOR&livre=((%27AGRESP%27.clas.+e+@num=%27998128%27)+ou+(%27AgRg%20no%20REsp%27+adj+%27998128%27).suce.)&thesaurus=JURIDICO&fr=veja). Acesso em: 16 jul. de 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **EResp nº 998.128/MG**. Julgado em 27 nov. 2019. Relator: Ministro Ribeiro Dantas. Disponível em: <https://processo.stj.jus.br/jurisprudencia/externo/informativo/?acao=pesquisarumaedicao&livre=0662.cod..> Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus n. 285.953/RS**. Julgado em 15 dez. 2014. Relatora: Ministra Maria Thereza de Assis Moura. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.3&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num_registro=201400078435. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Habeas Corpus n. 286.733/RS**. Julgado em 24 jun. 2014. Relatora: Ministra Laurita Vaz. Disponível em: https://processo.stj.jus.br/processo/pesquisa/?src=1.1.3&aplicacao=processos.ea&tipoPesquisa=tipoPesquisaGenerica&num_registro=201304223832. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Súmula n. 527**. Aprovada em 13 mai. 2015. Disponível em: <https://scon.stj.jus.br/SCON/sumulas/doc.jsp?livre=@num=%27527%27>. Acesso em: 16 jul. de 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 84.219/SP**. Julgado em 23 set. 2005. Relator: Ministro Marco Aurélio. Disponível em: <https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search/sjur92955/false>. Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Habeas Corpus n. 107.432/RS**. Julgado em 24 de maio de 2011. Relator: Ministro Ricardo Levandowski. Disponível em: https://jurisprudencia.stf.jus.br/pages/search?classeNumeroIncidente=%22HC%20107432%22&base=acordaos&sinonimo=true&plural=true&page=1&pageSize=10&sort=_score&sortBy=desc&isAdvanced=true. Acesso em: 16 jul. de 2022.

BRITO, Luciana; DINIZ, Debora. “Eu não sou presa de juízo, não”: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil. In: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2016, v. 23, n. 1, jan-mar, p. 113-129.

CAPPI, Ricardo. Racionalidade penal moderna, inovação e regressão: uma trilogia conceitual para distinguir as maneiras de pensar as respostas às condutas criminalizadas. In: FULLIN, Carmen; MACHADO, Máira Rocha; XAVIER, José Roberto Franco (org.). **A racionalidade penal moderna: reflexões teóricas e explorações empíricas desde o sul**. São Paulo: Almedina Brasil, 2020, p. 19-51.

CARRARA, Sérgio. **Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARRARA, Sérgio; FRY, Peter. As vicissitudes do liberalismo no Direito Penal Brasileiro. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 1, n. 2, out., 1986.

CAUCHIE, Jean-François; PIRES, Alvaro. Um caso de inovação “acidental” em matéria de penas: a lei brasileira de drogas. In: **Revista Direito GV**, São Paulo, 2011, v. 7, n. 1, p. 299-330.

CHIAVERINI, Dulce Helena (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeção aos manicômios**: relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Dados das Inspeções nos Estabelecimentos Penais**. Brasília: Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções no Estabelecimentos Penais, 2022. Disponível em: https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php. Acesso em 10 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 113** de 20 de abril de 2010. Dispõe sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, e dá outras providências. Diário da Justiça Eletrônico, nº 73, p. 03-07. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/136>. Acesso em: 23 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 225** de 31 de maio de 2016. Dispõe sobre a Política Nacional de Justiça Restaurativa no âmbito do Poder Judiciário e dá outras providências. Diário da Justiça Eletrônico, nº 91, p. 28-33.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução nº 4** de 30 de julho de 2010. Dispõe sobre as diretrizes nacionais de atenção aos pacientes judiciários e execução de medida de segurança. Diário Oficial da União, seção 1, p. 38. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/composicao/cnpcp/resolucoes/2010/resolucao-no-4-de-30-de-julho-de-2010.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PENITENCIÁRIA. **Resolução nº 5** de 4 de maio de 2004. Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União, nº 92 seção 1, p. 34. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/ptbr/composicao/cnpcp/resolucoes/2004/resolucao-no-5-de-4-de-maio-de-2004.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Resolução nº 8** de 14 de agosto de 2019. Dispõe sobre soluções preventivas de violação e garantidoras de direitos aos portadores de transtornos mentais e usuários problemáticos de álcool e outras drogas. SEI nº 0881169. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Resolucao-8-sademental.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

COOK, Andy. Restorative practice in a forensic mental health service: three cases studies. In: **The Journal of Forensic Psychiatric & Psychology**, 2019, v. 30, n. 5, p. 876-893. Disponível em: <https://restorativejustice.org.uk/resources/restorative-practice-forensic-mental-health-service-three-case-studies>. Acesso em: 03 jan. 2023.

COOK, Andy; DRENNAN, Gerard; CALLANAN, Margie. A qualitative exploration of the experience of restorative approaches in a forensic mental health setting. In: **The Journal of Forensic Psychiatric & Psychology**, 2015, v. 26, n° 4, p. 510-531. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789949.2015.1034753>. Acesso em: 03 jan. 2023.

COOK, Andy; DRENNAN, Gerard; KIERNAN, Henry. The Psychology of restorative practice in forensic mental health recovery. In: GAVRIELIDES, Theo (edit.). **The psychology of restorative justice: managing the power within**. Nova York: Routledge, 2016, p. 105-120. Disponível em: <https://restorativejustice.org.uk/resources/psychology-restorative-practice-forensic-mental-health-recovery>. Acesso em: 03 jan. 2023.

COSTA, Augusto Cesar de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: ARANHA, Marcio Iorio (org). **Direito sanitário e saúde pública**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p. 135-178.

COSTA, Daniela Carvalho A. da. **Monitoramento da Justiça Restaurativa em três dimensões**: Desenho a partir da experiência das práticas restaurativas da 17ª Vara Cível da Comarca de Aracaju (adolescentes em conflito com a lei). São Cristóvão: Editora UFS, 2019.

COSTA, Daniela C. A. da; MACHADO JUNIOR, Elisio A. de S. Justiça restaurativa: um caminho possível na superação da racionalidade penal moderna? In: **Revista da Faculdade de Direito – UFPR**, Curitiba, 2018, v. 63, n. 1, jan./abr., p. 65-91.

CHRISTIE, Nils. Civilidade e Estado. Tradução Beatriz Scigliano Careiro. In: PASSETI, Edson; SILVA, Roberto Batista Dias da (Org.). **Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva**. São Paulo: IBCCrim, 1997, p. 241-257.

CUNHA FILHO, Márcio Camargo. Os desafios do pesquisador nativo: reflexividade, triangulação e questões éticas em pesquisas qualitativas que envolvem o local de trabalho do pesquisador. In: **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, 2019, v. 6, n. 2, ago., p. 97-118.

CULL, Davina *et al.* “The image has been changed in my mind”: a case of restorative justice in a forensic mental health setting. In: **The Journal of Forensic Practice**, 2020, v. 22, n. 4, p. 213-222. Disponível em: <https://doi.org/10.1108/JFP-05-2020-0023>. Acesso em: 03 jan. 2023.

DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL. **Levantamento nacional de informações penitenciárias**. Brasília: Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/servicos/sisdepen>. Acesso em: 10 jul. 2022.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DRENNAN, Gerard; HARVEY, Joel. Performing restorative justice: facilitator experience of delivery of the Sycamore Tree Programme in a forensic mental health unit.

In: **The International Journal of Restorative Justice**. 2021, v. 4, p. 1-18. Disponível em: <https://www.elevenjournals.com/tijdschrift/TIJRJ/2021/Online%20First/TIJRJ-D-21-00002>. Acesso em: 03 jan. 2023.

DUBÉ, Richard; PIRES, Álvaro. A refundação da sociedade moderna. In: **TOMO**, São Cristóvão, 2010, n. 17, jul-dez, p. 15-37.

FERRARI, Eduardo Reale. **Medidas de Segurança e Direito Penal no Estado Democrático de Direito**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2014a.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014b.

FUHRER, Maximiliano R. E. **Tratado de inimputabilidade no direito penal**. São Paulo: Malheiros, 2000.

GARCIA, Margarida. A teoria da racionalidade penal moderna: um quadro de observação, organização e descrição das ideias próprias ao sistema de direito criminal. In: DUBÉ, Richard; GARCIA, Margarida; MACHADO, Maíra Rocha (org.). **A racionalidade penal moderna**: reflexões teóricas e explorações empíricas. São Paulo: Almedina, 2020, p. 43-78.

GARCIA, Margarida. Novos horizontes epistemológicos para a pesquisa empírica em direito: descentrar o sujeito, entrevistar o sistema e dessubstancializar as categorias jurídicas. In: **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, 2014, v. 1, n. 1, jan., p. 182-209.

GISI, Bruna *et al.* Entrevista com Álvaro Pires: a teoria da “Racionalidade Penal Moderna” e os desafios da justiça juvenil. In: **Plural**, 2017, n. 24(1), p. 124-160.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.

HABERMAS, Jürgen. **O discurso filosófico da modernidade**. Porto: Dom Quixote Ltda, 1998.

HAFEMEISTER, Thomas L.; GARNER, Sharon G.; BATH, Veronica E. Forging links and renewing ties: applying the principles of restorative and procedural justice to better respond to criminal offenders with a mental disorder. In: **Buffalo Law Review**, 2012, v. 60, nº 1, p. 147-223. Disponível em: <https://digitalcommons.law.buffalo.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4520&context=buffalolawreview>. Acesso em 03 jan. 2023.

HARRIS, Ruth. **Assassinato e loucura**: Medicina, leis e sociedade no fim de siècle. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

HULSMAN, Louk. Temas e conceitos numa abordagem abolicionista da justiça criminal. In: PASSETI, Edson; SILVA, Roberto Batista Dias da (Org.). **Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva**. São Paulo: IBCCrim, 1997, p. 189-213.

KANT, Immanuel. **Crítica da razão pura**. 5 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbekian, 2001.

LEDERACH, John Paul. **Transformação de conflitos**. São Paulo: Palas Athena, 2012.

LIMA, Renato Brasileiro de. **Manual de processo penal**. 2. ed. Salvador: Juspodium, 2014.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. São Paulo: Ícone, 2013.

LOPES JUNIOR, Aury. **Direito Processual Penal**. São Paulo: Saraiva, 2016.

MACHADO, Roberto *et al.* **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MATHIESEN, Thomas. A caminho do século XXI: abolição, um sonho impossível? In: PASSETI, Edson; SILVA, Roberto Batista Dias da (Org.). **Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva**. São Paulo: IBCCrim, 1997, p. 263-287.

MATTOS, Virgílio. **Crime e psiquiatria**: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MELO, Rezende Eduardo. Justiça restaurativa e seus desafios histórico-culturais. Um ensaio crítico sobre os fundamentos ético-filosóficos da justiça restaurativa em contraposição à justiça retributiva. In: SLAKMON, Catherine, DE VITTO, Renato C. P. e PINTO, Renato S. G. (orgs.). **Justiça Restaurativa: coletânea de artigos**. Brasília - DF: Ministério da Justiça e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2005.

MELLO, Priscila Vargas *et al.* Pesquisa empírica no sistema prisional: construindo experiências. In: **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, 2017, v. 4, n. 3, out., p. 129-144.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 106** de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/4437.html>. Acesso em: 17 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.840** de 29 de dezembro de 2014. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html. Acesso em: 17 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088** de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.090** de 23 de dezembro de 2011. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 17 dez. 2022.

PALLAMOLLA, Raffaella da Porciuncula. **Justiça restaurativa: da teoria à prática**. São Paulo: IBCCRIM, 2009.

PELBART, Peter Pál. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: LACETTI, Antônio. **Saúde e Loucura**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991. p. 129-138.

PIRES, Álvaro. Alguns obstáculos a uma mutação humanista do direito penal. In: **Sociologias**, Porto Alegre, 1999, vol. 1, n. 1, p. 64-94, jan/jun.

PIRES, Álvaro. A racionalidade penal moderna, o público e os direitos humanos. In: **Novos estudos Cebrap**, São Paulo, 2004, n. 68, mar., p. 39-60.

PRANIS, Kay. **Justiça Restaurativa e Processo Circular nas Varas de Infância e Juventude**. São Paulo: Palas Athenas. 2010.

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

ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais**. São Paulo: Ágora, 2006.

ROTTERDAM, Erasmo. **Elogio da Loucura**. São Paulo: Martin Claret, 2012.

SANTOS, Emerson Passos do. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe: uma contribuição da Arquitetura para a Reforma Psiquiátrica. 2016. 61 f. Monografia (Graduação) – Departamento de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Sergipe, Laranjeiras, 2016.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito penal**: parte geral. 9 ed. São Paulo: Tirant lo Blanch, 2020.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma Psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do PAILI. In: **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, 2010, v. 20, n. 1, p. 112-115.

SILVA, Haroldo Caetano da. **Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança**. Goiânia: Escola Superior do Ministério Público do Estado de Goiás, 2009.

SOUTO, Ronya Soares de Brito e. Medidas de segurança: da criminalização da doença aos limites do poder de punir. In: CARVALHO, Salo de (coord). **Crítica à execução penal**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p. 577-594.

TÁVORA, Nestor; ALENCAR; Rosmar R. **Curso de direito processual penal**. 10. ed. Salvador: Juspodium, 2015.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2002, v. 9, n. 1, jan./abr, p. 25-59.

THOMAS, E. C. *et al.* Conceptualizing restorative justice for people with mental illnesses leaving prison or jail. In: **American Journal of Orthopsychiatry**, 2019, v. 89, nº 6, p. 693–703. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30411905/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

TONCHE, Juliana. Justiça restaurativa e racionalidade penal moderna, uma alternativa possível. In: FULLIN, Carmen; MACHADO, Maíra R.; XAVIER, José R. F. (org). **A racionalidade penal moderna: reflexões teóricas e explorações empíricas desde o sul**. São Paulo: Almedina Brasil, 2020, p. 303-324.

TOURAINÉ, Alain. **Crítica de la modernidade**. México: Fondo de Cultura Económica, 1992.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE MINAS GERAIS. **Resolução nº 944** de 13 de novembro de 2020. Dispõe sobre a estrutura e o funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário -PAI-PJ e dá outras providências. Disponível em: <https://www.tjmg.jus.br/data/files/3E/55/75/6A/D14D57106D6CCB576ECB08A8/Resolucao%20944-2020.pdf>. Acesso em: 23 out. 2022.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE SERGIPE. **Portaria nº 56 de 20 de julho de 2021**. Institui o Grupo Interinstitucional de Trabalho sobre Atendimento e Atenção Integral ao Paciente Judiciário e à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei –GTAIPJ.

ULHOA, Tales Henrique. Sobre punir os enfermos mentais. In: **Revista do CAAP**, Minas Gerais, n. 2, 2008, p. 333-373.

VAN DENDEREN, Mariette *et al.* Contact between victims and offenders in forensic mental health settings: an exploratory study. In: **International Journal of Law and**

Psychiatry, 2020, v. 73, nov.-dez., p. 1-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32980618/>. Acesso em: 03 jan. 2013.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **Medidas de Segurança e Reforma Psiquiátrica: silêncios e invisibilidades nos manicômios judiciais brasileiros**. Florianópolis: Empório do Direito, 2017.

WHYTE, William Foote. **Sociedade da esquina: a estrutura social de uma área urbana, pobre e degradada**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2005.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZAFFARONI, Eugenio Raul. **Em busca das penas perdidas: a perda de legitimidade do sistema penal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Revan, 1991.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl; PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal Brasileiro: volume 1, parte geral**. 9 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011.

ZEHR, Howard. **Justiça Restaurativa: Teoria e Prática**. Tradução de Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2012.

ZEHR, Howard. **Trocando as lentes: Justiça Restaurativa para o nosso tempo**. Tradução de Tônia Van Acker. Ed. 25^a aniversário. SP: Palas Athena, 2008.

ANEXO 1

Pareceres CEP/UFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A (im)permanência do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Sergipe.

Pesquisador: GABRIELA SILVA PAIXAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57604522.5.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.449.796

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Informações Básicas da Pesquisa" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1915511.pdf) e do "Projeto Detalhado / Brochura Investigador" (Projeto_de_pesquisa_empirica.pdf), postados em 19/05/2022.

Introdução:

A presente pesquisa será realizada no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Federal de Sergipe e no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe, instituição administrada pela Secretaria de Estado da Justiça, do Trabalho e de Defesa do Consumidor do Governo de Sergipe. O problema de pesquisa parte do papel do paradigma retributivo na permanência do HCTP/SE no sistema de justiça criminal, mesmo decorridos vinte anos da reforma psiquiátrica e de sua proposta de redirecionamento do modelo de assistência à saúde mental. Pretende-se, com isso, compreender a influência da racionalidade penal moderna e de seu regime sancionatório no funcionamento desse tipo de instituição, a qual agrega características hospitalares e prisionais em um só espaço, destinado à execução das medidas de segurança dos imputáveis. O trabalho de campo, então, funcionará em duas vertentes. Primeiro, como instrumento para a identificação da estruturação dos espaços físico e humano do HCTP/SE. Será a rotina da instituição, dos pacientes e da equipe o foco da observação participante da

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.449.796

pesquisadora. Em um segundo momento, será empreendida análise dos documentos que compõem a custódia do paciente judiciário no HCTP/SE, sejam eles de caráter médico ou administrativo. Assim, no âmbito do HCTP/SE, pretende-se analisar prontuários, fichas e procedimentos administrativos que guardem relação com a execução da medida de segurança dos internos.

Hipótese:

O obstáculo epistemológico gerado pela racionalidade penal moderna e a escolha da sanção afliativa como resposta necessária ao cometimento de um delito pelo inimputável é o fundamento para a permanência do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico mesmo após a implementação da reforma psiquiátrica.

Metodologia Proposta:

A abordagem da presente pesquisa sócio-jurídica terá caráter qualitativo, adotando-se como metodologia de pesquisa o estudo de caso. Ademais, será uma pesquisa de campo exploratório-descritiva, com a observação participante e a pesquisa documental como técnicas de coleta de dados. Para a análise dos dados, pretende-se aplicar a análise de conteúdo como metodologia de pesquisa, com a categorização e consequente interpretação deles.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão e exclusão de dados para a pesquisa dizem respeito à etapa de coleta referente à análise dos documentos que compõem a custódia do paciente judiciário no HCTP/SE, sejam eles de caráter médico ou administrativo. Como dito em tópico anterior, no âmbito do HCTP/SE, pretende-se analisar prontuários, fichas e procedimentos administrativos que guardem relação com a execução da medida de segurança dos internos. No que diz respeito à etapa de observação participante da rotina da instituição, não vislumbramos a utilidade de critérios dessa natureza, tendo em vista que o objeto a ser observado será em sua totalidade, ou seja, a própria dinâmica da instituição. Assim, na etapa de análise documental, como critério de inclusão escolhido, têm-se os documentos/procedimentos administrativos referentes à internação do paciente judiciário no HCTP/SE. Incluem-se, portanto, documentos médicos e/ou administrativos, consubstanciados em prontuários, fichas, pareceres, dentre outros. Aplicar-se-á também como critério de inclusão o recorte temporal, então, apenas serão analisados documentos elaborados posteriormente à vigência da Lei de Reforma Psiquiátrica (no 10.216/2001), ou seja, após

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br

06/04/2001.

Critério de Exclusão:

Contudo, como critério de exclusão para análise dos citados documentos está o fato de que serão incluídos na coleta apenas os dados relativos à execução definitiva da medida de segurança do tipo detentiva, a qual guarda relação direta com a internação no HCTP/SE, em detrimento da aplicação de medida do tipo ambulatorial em meio aberto.

Sabe-se que, na população de internos do HCTP/SE, inserem-se não apenas aqueles com medida de segurança detentiva aplicada, mas também pacientes internados para realização de perícia psiquiátrica em incidente de insanidade mental, pacientes internados porque sobreveio doença mental no curso da execução da pena privativa de liberdade tradicional e paciente em internação provisória. Estes sujeitos não são objeto do estudo a ser empreendido e, por isso, os documentos que dizem respeito a eles não serão avaliados.

Por fim, também será utilizado como critério de exclusão a natureza do documento. Serão excluídos aqueles de ordem estritamente judicial, uma vez que o objetivo da presente pesquisa empírica não é o de analisar os institutos jurídicos que envolvem esse campo, mas a realidade humana da instituição, o seu funcionamento na prática.

Metodologia de Análise de Dados:

Para a análise dos dados, pretende-se aplicar a análise de conteúdo como metodologia de pesquisa, com a categorização e consequente interpretação deles

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar e descrever o funcionamento do HCTP/SE após a vigência da reforma psiquiátrica, a partir dos referenciais teóricos da racionalidade penal moderna.

Objetivo Secundário:

a) a revisão bibliográfica dos marcos teóricos da racionalidade penal moderna, da interlocução histórica entre Direito Penal e Psiquiatria e da reforma psiquiátrica; b) a produção de diário de campo a partir da observação participativa da rotina do HCTP/SE; c) a descrição e análise da documentação que compõe as fichas, prontuários, processos administrativos, dentre outros, dos internos custodiados no HCTP/SE.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.449.796

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de pesquisa empírica que envolve grupo vulnerável representado por pessoas em sofrimento psíquico e em situação de institucionalização, a permanência da pesquisadora, terceira estranha ao quadro de servidores da instituição, pode causar transtornos à rotina dos internos e desestabilizá-los psicologicamente. Outrossim, no contexto da análise documental, importante ressaltar que se trata de documentos de caráter sigiloso e com informações pessoais dos internos, assim, a permissão de acesso ao seu conteúdo pela pesquisadora pode trazer riscos à confidencialidade. Para tanto, assegura-se que a observação participante ocorrerá de maneira mais objetiva possível e de forma a interferir minimamente na rotina da instituição. Ademais, o sigilo das informações coletadas será preservado pela pesquisadora, e a posterior divulgação do trabalho manterá o anonimato dos envolvidos.

Benefícios:

Quanto aos potenciais benefícios da pesquisa, destaca-se a importância da compreensão do funcionamento do HCTP/SE após a vigência da reforma psiquiátrica, de forma a identificar possíveis obstáculos, sejam eles teóricos ou práticos, para a completa incidência do novo modelo de assistência em saúde mental no campo da custódia psiquiátrico-penal. Inclusive, como forma de se pensar mecanismos alternativos de solução dos conflitos originados nessa seara.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa sócio-jurídica no âmbito do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Sergipe (atual Unidade de Custódia Psiquiátrica) em que se pretende analisar a correlação entre os dispositivos teóricos da racionalidade penal moderna, especialmente os de caráter aflagante, e a permanência da referida instituição no sistema de justiça criminal mesmo após a implementação da reforma psiquiátrica no Brasil. Para tanto, busca-se realizar estudo de caso de caráter qualitativo por meio da observação participante da rotina do HCTP/SE e da análise dos documentos relacionados à custódia dos internos para compreender o funcionamento da execução das medidas de segurança do tipo internativa.

Tamanho da Amostra no Brasil: 80

Orçamento R\$ 650,00

Financiamento Próprio

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@academico.ufs.br

Continuação do Parecer: 5.449.796

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados conforme Norma Operacional CNS N° 001 de 2013 e as Res. 466/2012 e 510/2016 do CNS/CONEP/MS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS no 466 de 2012 e na Norma Operacional no 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do Protocolo de Pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS n° 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 – A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1915511.pdf	19/05/2022 22:20:48		Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_resposta.pdf	19/05/2022 22:20:15	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_empirica.pdf	19/05/2022 22:18:55	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito

Endereço: Rua Cláudio Batista s/n°

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br

Continuação do Parecer: 5.449.796

Orçamento	Orcamento.pdf	19/05/2022 22:18:04	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	19/05/2022 22:05:57	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	01/04/2022 14:44:31	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_de_uso_de_arquivos_e_da dos_de_pesquisa.pdf	21/03/2022 12:22:02	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Outros	Declaracao_orientadora.pdf	21/03/2022 12:21:35	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Outros	Declaracao_de_vinculo.pdf	21/03/2022 12:21:03	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Outros	Lattes_pesquisadora_responsavel.pdf	21/03/2022 12:20:47	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Outros	Lattes_orientadora.pdf	21/03/2022 12:20:05	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_para_utilizaca o_de_dados.pdf	21/03/2022 12:17:40	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_confidencial idade.pdf	21/03/2022 12:16:35	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_e_existencia_de_i nfraestrutura.pdf	21/03/2022 12:15:21	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_dispenza_TCLE.pdf	21/03/2022 12:14:27	GABRIELA SILVA PAIXAO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 06 de Junho de 2022

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A (im)permanência do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Sergipe.

Pesquisador: GABRIELA SILVA PAIXAO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57604522.5.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Segue anexo o Relatório Final da pesquisa.

Data do Envio: 06/12/2022

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.798.307

Apresentação da Notificação:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e As informações elencadas nos campos "Apresentação da Notificação", "Objetivo da Notificação" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "As informações elencadas nos campos "Apresentação da Notificação", "Objetivo da Notificação" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "Envio de Relatório Final" (Relatorio_final_assinado.pdf), postado em 06/12/2022."

Pesquisador(a) Responsável: Gabriela Silva Paixão

Título da Pesquisa: A (im)permanência do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em Sergipe

Tipo de Pesquisa:

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

CEP: 49.060-110

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.798.307

() IC () TCC () Especialização (X) Mestrado () Doutorado () Outros: especificar

1. O projeto foi finalizado dentro do prazo previsto? Em caso afirmativo, justificar.

Sim. O cronograma previa a finalização da pesquisa na instituição em 31/10/2022, e o último dia de visita da pesquisadora ocorreu em 26/10/2022. Em novembro foi realizada a organização e catalogação dos dados coletados, finalizadas em 30/11/2022.

Quais foram: a) número previsto de participantes; e b) número de participantes incluídos no estudo? Qual faixa etária dos participantes incluídos?

a) O número previsto de participantes era de 80 (oitenta) internos;

b) Na fase de observação participante, o número de participantes incluídos no estudo foi de 84 (oitenta e quatro) internos, pois ocorreram novas intimações ao longo da pesquisa. Na fase de análise documental o número foi de 38 (trinta e oito) internos, pois a coleta de dados se restringia àqueles com medida de segurança definitiva estabelecida;

c) A faixa etária dos internos variava entre 23 (vinte e três) e 59 (cinquenta e nove) anos.

Houve algum participante retirado do estudo? Se sim, quantos e por qual motivo?

Na fase de análise documental, dos 84 (oitenta e quatro) internos do HCTP, apenas foram analisados os documentos de 38 (trinta e oito) internos, pois eram os que estavam com medida de segurança definitiva imposta. Então, nessa fase, foram retirados 46 (quarenta e seis) participantes.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.798.307

Objetivo da Notificação:

Trata-se do envio do Relatório Final do Projeto de Pesquisa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve eventos adversos graves aos participantes de pesquisa e nem solicitação de indenização.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Houve divulgação dos resultados de alguma forma aos participantes da pesquisa e instituições onde o estudo foi realizado? Descreva o tipo de divulgação realizada ou apresentação do motivo para não divulgação.

Ainda não foi realizada a divulgação, pois ela será realizada quando da publicação da dissertação de mestrado da pesquisadora responsável, com previsão de defesa em fevereiro/2023.

Descreva brevemente os principais resultados obtidos:

Na fase de observação participante foi possível, após visitas semanais da pesquisadora responsável à Unidade, acompanhar todas as principais atividades realizadas no local, quais sejam: interação coletiva; atendimento psiquiátrico; projeto de Educação de Jovens e Adultos (EJA); atendimento no serviço social; curso de barbeiro; assistência religiosa; visita social e reuniões administrativas. Assim, confeccionou-se um diário de campo com as principais observações da pesquisadora sobre as dinâmicas sociais e jurídicas presenciadas. Observou-se a forma de interação entre funcionários e internos; a percepção dos agentes sobre a execução da medida de segurança, a partir da observação de diálogos entre eles; as decisões administrativas acerca da estruturação da Unidade; a rotina dos internos naquele espaço; as práticas psiquiátricas implementadas no Hospital; e a rotina jurídica do cartório da Unidade.

Concluiu-se, conforme hipótese ventilada no projeto, que a influência teórica da racionalidade penal moderna, consubstanciada na necessária imposição de sanção afliitiva ao inimputável que comete delito, é decisiva para a permanência da execução da medida de segurança em meio fechado. Outrossim, a atribuição de caracteres de periculosidade aos internos, por parte da equipe

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br

médica e penal da instituição, contribui para que a rotina daquele local guarde semelhanças com o espaço prisional comum, a exemplo do uso de algemas, existência de celas e horários delimitados para interação. Contudo, concluiu-se, também, que há um expressivo movimento, por parte da gestão

administrativa da Unidade, de incorporar preceitos da reforma psiquiátrica a sua dinâmica, o que pode ser observado no constante diálogo com as equipes dos CAPS que acolherão os internos em suas saídas; a aplicação da desinternação progressiva; e a instituição de Grupo de Trabalho para estudar o processo de desinstitucionalização das medidas de segurança. Na fase de análise documental, foram objeto de coleta de dados as pastas de identificação dos internos arquivadas no cartório da Unidade, as quais continham seus dados de identificação e os principais documentos que revestem o processo judicial de imposição e execução de medida de segurança, a exemplo de laudo psiquiátrico; denúncia; sentença; ofícios e despachos. Optou-se, pela exiguidade do tempo, em restringir a análise aos documentos dos internos que já possuíam medida de segurança definitiva em execução.

De antemão, concluiu-se que a quantidade de internos provisórios é maior do que os definitivos, o que aproxima a situação do HCTP à realidade do sistema prisional regular. Ademais, ao verificar os dados pessoais dos internos, concluiu-se que a maioria corresponde a uma população masculina, com média de idade de 36 (trinta e seis anos), parda, com baixa escolaridade e sem profissão especificada. Outrossim, as análises concluíram que o diagnóstico psiquiátrico prevalente dessa população é a esquizofrenia (CID F20) e a dependência química (CID F19). Em relação ao tipo penal, a prevalência é de delitos de homicídio (art. 121, CP), furto (art. 155, CP), roubo (art. 157, CP) e ameaça (art. 147, CP). Quase a metade dos internos têm histórico de passagem anterior pela Unidade. Por fim, a análise documental também concluiu que a maioria dos internos estão há menos tempo internados que o máximo da pena abstratamente cominada ao delito, em respeito à súmula nº 527 do STJ. E que a maioria dos exames de cessação de periculosidade são realizados dentro do prazo mínimo de internação previsto em sentença.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos na notificação.

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br



Continuação do Parecer: 5.798.307

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Final	Relatorio_final_assinado.pdf	06/12/2022 22:17:14	GABRIELA SILVA PAIXAO	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 07 de Dezembro de 2022

Assinado por:
FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cláudio Batista s/nº

Bairro: Sanatório

CEP: 49.060-110

UF: SE

Município: ARACAJU

Telefone: (79)3194-7208

E-mail: cep@academico.ufs.br