

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

**JÚLIA DE ALBUQUERQUE PACHECO**

**REINTERNAÇÃO E RECIDIVA NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA:  
UM ESTUDO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA DA BAHIA**

**BRASÍLIA**

**2014**

Júlia de Albuquerque Pacheco

REINTERNAÇÃO E RECIDIVA NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA:  
um estudo no Hospital de Custódia da Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Política Social da Universidade  
de Brasília, como requisito parcial à obtenção  
de título de Mestre em .Política Social

Orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz  
Universidade de Brasília

Brasília

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de  
Brasília. Acervo 1016202.

P116r Pacheco, Júlia de Albuquerque.  
Reinternação e recidiva nas medidas de segurança :  
um estudo no Hospital de Custódia da Bahia / Júlia  
de Albuquerque Pacheco. -- 2014.  
80 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,  
Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço  
Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social,  
2014.

1. Hospitais psiquiátricos - Medidas de segurança.  
2. Prisões. 3. Assistência social. 4. Reintegração  
social. I. Diniz, Debora. II. Título.

CDU 361/362

Júlia de Albuquerque Pacheco

REINTERNAÇÃO E RECIDIVA NAS MEDIDAS DE SEGURANÇA:  
um estudo no Hospital de Custódia da Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Política Social da Universidade  
de Brasília, como requisito parcial à obtenção  
de título de Mestre em Política Social  
Área de Concentração: Estado, Políticas  
Sociais e Cidadania  
Orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz

Aprovado pela banca examinadora constituída pelos professores:

---

**Prof. Dr. Diaulas Costa Ribeiro**  
Departamento de Medicina – UCB  
Departamento de Direito – UNIPLAC

---

**Prof. Dr. Newton Narciso Gomes Júnior**  
Departamento de Serviço Social – UnB

---

**Prof. Dra. Lívia Barbosa Pereira**  
Departamento de Serviço Social – UnB  
(Suplente)

Brasília, 22 de abril de 2014

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Debora Diniz, pelas oportunidades de pesquisa e conhecimento, paciência e compreensão, orientação e apoio incondicional.

À ANIS, Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, pelas oportunidades profissionais e pela autorização de uso dos dados das pesquisas. Em especial, a João Neves, pela estatística dos dados do censo para reinternações e recidivas, e Seânio Sales, pelas bases bibliográficas.

À minha família, pela compreensão irrestrita e superação de obstáculos.

Ao grupo de estudo e orientação, pela leitura do projeto, apoio emocional e troca de experiências inestimáveis. Em especial, Luciana, Cássia, Letícia, Juliana e Vanessa.

Aos meus companheiros de pesquisa nos estudos da ANIS que subsidiaram esta dissertação, em especial Wederson Santos, Luciana Brito, Bárbara Silva, Helena Lancellotti, Renata Brito, Lina Vilela e Myriam Mastrella, que compartilharam da minha experiência de campo nos 23 Hospitais de Custódia e Alas de Tratamento Psiquiátrico que visitei.

Ao CNPq, pelo fomento e apoio financeiro durante o primeiro ano do mestrado.

À equipe da Coordenação da Força Nacional do SUS, por tentar ao máximo compatibilizar minhas atividades de trabalho e estudo, em especial Paulinho, Conceição, Andrea, Angela e Luana.

*[...]*

*E, ainda sobre as 3 cenas:*

*São 3 cenas de um mesmo filme-documentário:*

*Cena 1, das mortes sem batidas de sino;*

*Cena 2, das overdoses usuais e ditas legais;*

*Cena 3, das vidas sem câmbios lá fora*

*- que se reescrevam, então,*

*Os Infernos de Dante Alighieri;*

*mas, aqui é a realidade manicomial!*

*[...]*

*Porque a casa dos mortos,*

*que é a metáfora arquitetônica*

*pela qual designo a psiquiatria,*

*pede que se fale*

*contra si mesma!”*

“A Casa dos Mortos”, Bubu.

## RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo identificar informações psiquiátricas, jurídicas e sociais relacionadas à reinternação e recidiva de pessoas em medida de segurança internadas no Hospital de Custódia da Bahia em 2010. Em 2010 havia 63 pessoas cumprindo medidas de segurança no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia. A metodologia adotada foi a pesquisa qualitativa e a técnica de pesquisa foi a análise documental. As fontes documentais foram os dossiês das pessoas internadas na unidade com casos de reinstitucionalização, que continham os documentos necessários para a execução da medida de segurança. A partir da análise dos dossiês de pessoas em medida de segurança, foram identificados 17 casos de reinstitucionalização, ou seja, pessoas que foram desinternadas e retornaram ao Hospital de Custódia. Destas, 10 eram casos de reinternação (16%) e 7 de recidiva (11%), totalizando 17 dossiês para análise — o que representava 27% da população em medida de segurança naquele ano. Os resultados mostraram que a população reinstitucionalizada no HCT-BA é majoritariamente masculina, preta ou parda, com baixa escolaridade e inserção precária no mercado de trabalho. Apesar dos intervalos de desinstitucionalização, os dossiês apresentaram longos períodos de internação. Foi encontrado um número maior de reinternações em crimes contra a vida e 64,7% dos crimes cometidos foram contra a família, dados que não se repetem para a população nacional. As trajetórias dos pacientes reinstitucionalizados no HCT-BA mostram que a ausência de suporte para o tratamento psicossocial, a falta de apoio familiar e a resistência da comunidade em conviver com pessoas estigmatizadas como perigosas são obstáculos para a desinstitucionalização de pessoas de HCTPs.

Palavras-chave: Reinternação. Recidiva. Medida de segurança. Hospitais de Custódia.

## **ABSTRACT**

This dissertation aimed to identify psychiatric, legal and social information related to rehospitalization and recurrence of persons serving measure of security sentences and hospitalized at the Custody Hospital of Bahia in 2010. During 2010 there were 63 people serving security measures in the Custody and Treatment Hospital of Bahia. The methodology was qualitative research and the research technique was document analysis. The documentary sources were the dossiers of persons admitted to the unit with cases of reinstitutionalization, containing the documents necessary for enforcement of security measures. From the analysis of the dossiers the cases of reinstatement were identified, i.e., people who were deinstitutionalized and then returned to custody. Of these, 10 were cases of readmission (16%) and 7 of recurrence (11%), totaling 17 files for analysis - which represented 27% of the population serving security measure that year. The results show that the reinstitutionalized population is mostly male, black or brown, with low education and poor integration in the labor market. Although the intervals of deinstitutionalization, the dossiers presented prolonged hospitalization. A greater number of readmissions were identified in crimes against life and 64.7% of crimes were committed against the family, data that do not repeat on the national population serving security measures in criminal mental asylums. The trajectories of criminally insane patients show that the lack of support for psychosocial treatment, lack of family support and community reluctance in living with people stigmatized as dangerous are barriers to deinstitutionalization of people from Custody and Treatment Hospitals.

Keywords: Rehospitalization. Recurrence. Security measure. Criminal mental asylums.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ANIS – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
- ATPs – Alas de Tratamento Psiquiátrico
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CF – Constituição Federal
- CP – Código Penal
- ECTPs – Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
- HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
- HCT-BA – Hospital de Custódia da Bahia
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- LEP – Lei de Execução Penal
- MTSM – Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
- NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAI-PJ – Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator
- PAILI – Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
- PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
- PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no Sistema Único de Saúde
- PSF – Programa Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>LOUCURA E REFORMA PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>12</b>
2.1	Doença mental, manicômio e psiquiatria.....	14
2.2	Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização.....	17
2.3	Loucura, reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.....	19
<b>3</b>	<b>LOUCURA E CRIME.....</b>	<b>31</b>
3.1	Doença mental e periculosidade .....	32
3.2	Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico .....	34
3.3	Medida de segurança e responsabilidade penal no Brasil .....	36
<b>4</b>	<b>OBJETO DE PESQUISA .....</b>	<b>40</b>
4.1	O Hospital de custódia da Bahia.....	42
<b>5</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>44</b>
5.1	Metodologia.....	44
5.2	Resultados.....	48
5.2.1	Perfil sociodemográfico dos casos de reinstitucionalização.....	48
5.2.2	Perfil e percurso penal psiquiátrico dos casos de reinstitucionalização .....	54
5.2.3	Discursos de periculosidade .....	62
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>

## INTRODUÇÃO

Em 2011 foi realizado o primeiro censo nacional da população internada nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) no Brasil. Nesse ano existiam 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no país, com uma população total de 3.989 pessoas. Os resultados mais importantes do censo nacional são a constatação de que não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos e o de que uma a cada quatro pessoas não deveria estar internada (DINIZ, 2013).

O censo utilizou a denominação “Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico” para fazer referência aos vinte e seis Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e às três Alas de Tratamento Psiquiátrico (ATPs) em funcionamento no Brasil em 2011, localizados em 19 estados brasileiros e no Distrito Federal (DINIZ, 2013). Antes da realização do censo nacional, os dados a respeito do número de HCTPs e ATPs no país, do total de pessoas vivendo nessas instituições e de qual seria o perfil dessa população eram escassos, confusos ou circunscritos a estados e instituições específicas (BRASIL, 2011; ANIS, 2010; SANTANA et al., 2009; COELHO et al., 2009; SANTANA, 2008; VIANA, 2008; GAUER et al., 2007; COELHO, 2006).

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, antes denominados manicômios judiciários, são estabelecimentos penais vinculados às secretarias estaduais de segurança pública e ao Ministério da Justiça. São espaços responsáveis pela custódia e tratamento de pessoas que cometeram infrações penais, mas são consideradas inimputáveis pela lei penal brasileira por motivo de doença ou deficiência mental<sup>1</sup> (BRASIL, 2011).

Os inimputáveis por doença ou deficiência mental, de acordo com o art. 26 do Código Penal (BRASIL, 1940, 1984a), recebem no lugar de uma pena uma medida de segurança. Se a aplicação da pena aos imputáveis se justifica pela culpabilidade, a aplicação de medida de segurança se justifica pela noção de periculosidade, e teria como objetivo o tratamento das pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei e a defesa da sociedade de um indivíduo considerado perigoso. Por essa razão, a medida de segurança tem prazo indefinido, e seu término depende da cessação da periculosidade (CARVALHO, 2013; COHEN, 2006).

---

<sup>1</sup> Neste trabalho, apesar da importância de priorizar termos que não causem estigma para os indivíduos, os diferentes termos existentes para se referir às pessoas em sofrimento mental (pacientes, loucos, etc) e às pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei (pessoa em medida de segurança, louco infrator, paciente judiciário, etc) serão utilizados como equivalentes, no sentido de evitar repetições excessivas no texto. Uma breve discussão sobre essas terminologias está em Brasil (2011).

A partir da década de 1970, o processo de reforma psiquiátrica transformou o campo da saúde mental no país, criticando o modelo asilar de exclusão do louco em hospitais psiquiátricos e possibilitando a implementação de serviços substitutivos territorializados de atenção psicossocial. Para Paulo Amarante (1997), a reforma psiquiátrica é um processo permanente de construção de reflexões e transformações nos campos assistencial, cultural, e conceitual. Seu objetivo principal é transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental; superando o estigma e a segregação da psiquiatria clássica e do manicômio por uma relação de coexistência, solidariedade e cuidados.

Em 2001 foi sancionada a Lei 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, ela é o atual marco da política de saúde mental brasileira. Em seus artigos, a lei veda a internação em locais com características asilares, determina a internação apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e prioriza o tratamento em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

No ano seguinte à Lei 10.216/01, aconteceu em Brasília o Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, no esforço de reunir as áreas do Ministério da Saúde e do Ministério da Justiça, assim como profissionais dos HCTPs, gestores, especialistas e estudantes, com o objetivo de propor diretrizes para os manicômios judiciários no contexto do Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário e da reforma psiquiátrica, além de estabelecer parcerias e cooperações institucionais.

Não foi a primeira vez que se debateu mudanças nos manicômios judiciários brasileiros dentro da perspectiva da política penitenciária. Os anais do 1º Congresso Brasileiro de Política Criminal e Penitenciária, de 1981 (CNPP, 1982), mostram que as discussões sobre o anteprojeto da Lei de Execução Penal eram divergentes no que se referia ao papel dos manicômios judiciários na política penitenciária. Enquanto que algumas análises já criticavam a medida de segurança para os inimputáveis com internação em manicômio judiciário, outras faziam defesas de novos modelos e arranjos para essa instituição, ressaltando sua importância para a defesa social.

Ricardo Antunes Andeucci pertencia ao primeiro grupo, pautado em autores da antipsiquiatria, como Foucault, Szasz e Castel, e autores do campo jurídico que já incorporavam críticas a concepção de psiquiatria existente no direito, como Zaffaroni e

Fragoso. Aloar Terra pertencia ao segundo, e defendia ajustes ao anteprojeto, destacando a importância de um complexo único e integrado denominado Hospital Judiciário, que conjugaria em um só espaço os exames criminológicos, o tratamento psiquiátrico e o tratamento de inimputáveis e semi-inimputáveis (CNPP, 1982).

Em 2002, na época do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, estimava-se uma população de 4.000 pessoas vivendo em 19 HCTPs no país. A participação de atores do Ministério da Saúde e militantes pela reforma psiquiátrica mostra nos resultados um avanço no sentido da desinstitucionalização e mesmo abolição dos hospitais de custódia. Entre as várias propostas aprovadas, estavam a proibição de construção de novas unidades, a garantia à reinserção social e assistência em saúde mental, a necessidade de revisão das medidas de segurança e da LEP, uma maior articulação entre os órgãos da justiça e da saúde e a criação de uma base de dados nacional para a população dos HCTPs (BRASIL, 2002).

Em 2013, os resultados do primeiro censo nacional dos HCTPs foram publicados. A população dos ECTPs é em sua maioria masculina, negra, com baixa escolaridade, com profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e profissional, e que em geral cometeram infração penal contra pessoas de sua rede familiar ou doméstica. Esse perfil desafia as políticas de assistência e saúde mental que têm a família como recurso essencial para a desinstitucionalização e reinserção social dos indivíduos. Para Debora Diniz (2013), existe uma estrutura inercial do modelo psiquiátrico-penal do Brasil, que não consegue garantir as determinações legais sobre direitos e proteções. Os dados do censo demonstram uma grave infração de direitos humanos de um grupo cuja precariedade de vida é acentuada pela loucura, pela pobreza e pela desatenção das políticas públicas às suas necessidades individuais e aos seus direitos fundamentais.

Para a compreensão da realidade da população em medida de segurança no país e os desafios que o modelo psiquiátrico-penal impõe para as políticas sociais e, em especial, para a política de saúde mental no processo da reforma psiquiátrica, faz-se necessário compreender as condições de emergência da articulação entre doença mental e periculosidade que está na base das medidas de segurança, assim como a trajetória da reforma psiquiátrica no país e suas implicações para o debate sobre a constitucionalidade das medidas de segurança.

## 2 LOUCURA E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Definir loucura é um desafio. Não existe um consenso sobre o conceito de loucura. Em diferentes tempos históricos ou em diferentes culturas, as pessoas ou comportamentos definidos como loucos variaram, e as relações e significados estabelecidos entre loucos e não loucos também. As relações estabelecidas com a loucura e a forma como ela é compreendida são indissociáveis do recorte sócio-histórico e cultural a partir do qual se realiza a análise. Existe, entretanto, uma historiografia da loucura que permite uma melhor compreensão da atualidade na maioria das sociedades capitalistas ocidentais: é a história da doença mental e da apropriação da loucura pelo campo médico.

Para Thomas Szasz (1974, 1971), o termo doença mental é uma metáfora, uma vez que a doença ou a enfermidade só pode afetar o corpo. A doença mental é algo que alguém faz ou é, e os diagnósticos psiquiátricos são construídos à semelhança dos diagnósticos médicos, mas são estigmatizações de comportamentos indesejáveis. A questão não é negar a existência das ações ou acontecimentos diagnosticados como loucura, mas a fabricação do próprio conceito de doença mental ou insanidade, revelando sua função justificadora de uma ideologia de intolerância e opressão.

O conceito de doença, seja orgânica ou mental, implica o desvio em relação a uma norma. No caso das doenças físicas, a norma pode ser definida de forma razoavelmente clara. No entanto, no caso das doenças mentais, os desvios são estabelecidos em normas psicossociais, éticas ou legais. Para Szasz (1965, 1974), ao definir o desvio ou realizar diagnósticos de doenças mentais, a psiquiatria atua como uma instância de controle social e intervenção em problemas que são morais, e não médicos.

Para Roy Porter (1990), a loucura é um “país estrangeiro” e a estranheza é uma característica chave das relações entre loucos e sãos. Há um elemento de relativismo irreduzível na loucura, uma vez que a forma como ela é descrita, julgada e tratada difere profundamente nas sociedades e na história da humanidade. O que é físico e o que é mental, o que é louco e o que é normal, o que é ou não um sintoma são pontos relativos à cultura. Não há um consenso a respeito da natureza da loucura como doença mental. É igualmente possível pensá-la, em termos de fabricação da loucura ou de doença mental, como construção cultural.

Jacques Lesage de La Haye (2007) também fala da loucura como “estrangeira” e do louco como o outro, aquele que causa medo. Para La Haye, a loucura também depende da cultura. As formas de lidar com o desvio nas sociedades variaram, e houve uma grande

heterogeneidade das soluções para a loucura, mas a partir da idéia de que a doença mental poderia ser curada, os erros cometidos na análise e definição das causas da loucura resultaram em um repertório de métodos de tratamento violentos, justificados como terapêuticos.

De acordo com Porter (1990), a maior transformação nas relações com a loucura não veio de uma grande ruptura científica, mas da transformação política em relação às pessoas consideradas perigosas ou delinquentes, com o surgimento da exclusão. Para a tradição intelectual ocidental, os gregos foram os primeiros que abordaram o problema do sentido da loucura. As explicações gregas já apontavam uma divisão entre teorias psicológicas e somáticas da loucura. A tradição cristã absorveu essas alternativas e adicionou a perspectiva da loucura em seu esquema cósmico: ora castigo divino, ora sagrada. A partir do século XVII, a realidade da loucura religiosa foi questionada e a internação da loucura nos séculos seguintes aumentou vertiginosamente.

Entretanto, a medicalização da loucura, ou seja, a definição da loucura como doença mental e como campo de saber da psiquiatria como especialidade médica talvez seja tão importante para a problemática da loucura quanto a exclusão. Por meio da categoria de doença mental, a exclusão, na forma da internação no manicômio, foi generalizada como tratamento da loucura. Com a medicalização da loucura, a tutela dos loucos, tais como a conhecemos na atualidade, tornou-se possível (CASTEL, 1978). As transformações econômicas, políticas e sociais a partir do século XVII, relacionadas ao desenvolvimento das sociedades capitalistas e dos Estados modernos vão alterar significativamente a problemática da loucura.

No século XVII a Europa ocidental é palco de desorganização social e econômica pelo processo de transformação dos modos de produção. O hospital geral aparece como resposta para o enclausuramento de mendigos, desempregados, sem teto, prostitutas, hereges, vagabundos, libertinos, loucos e toda sorte de pessoas miseráveis resultantes do processo de desenvolvimento do capitalismo. É apenas no século XIX, após a revolução burguesa, que a psiquiatria surge como saber privilegiado sobre a loucura, construindo-a como doença mental e perigo social. Na nova ordem democrática, a psiquiatria clássica e o direito se articulam para instaurar o estatuto jurídico de irresponsabilidade do louco e o asilo como o espaço privilegiado para a cura dos alienados (DESVIAT, 1999; CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2006).

## 2.1 Doença mental, manicômio e psiquiatria

Segundo Michel Foucault (2010a), o século XVII presenciou uma grande proliferação de instituições de internação. O hospital geral e instituições similares eram um poder estabelecido pelo rei entre a polícia e a justiça, e desempenhavam um papel de assistência e repressão. A prática do internamento era uma nova reação à miséria, e a internação se justificava para o bom pobre como assistência e recompensa, e ao mau pobre como castigo e punição. Antes de ter um sentido médico, a internação tinha como justificativa a condenação da ociosidade.

Em toda a Europa ocidental, as origens da internação têm o mesmo sentido: são uma das respostas do século XVII à crise econômica que afeta o mundo ocidental. As casas de correção e o hospital geral serviram para a internação dos sem trabalho e vagabundos. Em tempo de emprego e altos salários, a internação era um meio de conseguir mão de obra barata dando trabalho aos que foram presos. Em tempos de desemprego, a internação servia para segregação dos ociosos e defesa social contra agitações e revoltas (FOUCAULT, 2010a).

A partir do século XVIII, a assistência aos pobres assumiu um novo sentido. O desenvolvimento da indústria dependia de uma população integrada ao circuito de produção e a mais numerosa possível. O grande internamento passou a ser criticado e surgiu uma nova reflexão econômica e social sobre a pobreza, a doença e a assistência. O pobre que pode trabalhar se tornou um elemento positivo na sociedade e sua internação era um contrassenso: o pobre válido tem que trabalhar, mas não internado, e sim em liberdade, integrado ao sistema econômico. Já o pobre doente é inválido a esse sistema. A doença era negativa e havia uma polêmica sobre o dever do Estado de garantir assistência aos doentes na forma de construção e manutenção dos grandes hospitais, que exigia grandes custos econômicos. O enclausuramento é visto como criador de pobreza e o hospital como criador de doenças (FOUCAULT, 2010a).

Robert Castel (1978) mostra a metamorfose das instituições sociais na passagem do antigo regime francês para a sociedade de contrato burguesa no século XVIII, mostrando porque a loucura, no contexto da grande internação indiferenciada de loucos, pobres, doentes e delinquentes, se tornou um tema central para a articulação entre o sistema de justiça e a psiquiatria nascente. O alienismo e o asilo como espaço específico da loucura no século XIX foram resultado de mudanças na assistência pública e das necessidades de uma sociedade de contrato, que tentava se organizar afastando a arbitrariedade característica do poder monárquico. A população atingida pelo grande enclausuramento é drasticamente reduzida e



os loucos permanecem os únicos, além dos criminosos e os que sofrem de doença venérea, passíveis de sequestro obrigatória.

Para Castel (1978), a medicina mental do século XIX é uma ciência política, que respondeu a um problema de governo: permitiu administrar a loucura. A internação de loucos era um problema de pouca importância demográfica diante da mendicância, do pauperismo, dos doentes indigentes e de outras populações mais numerosas e igualmente perigosas; mas era um problema crucial porque questionava os fundamentos da nova ordem social burguesa fundada no contrato, em que o Estado deveria garantir a liberdade dos cidadãos e as trocas de mercado, ao mesmo tempo em que deveria sancionar as transgressões à nova ordem jurídico-econômica. A especificidade da loucura era justamente o problema da sua inserção na sociedade contratual, que vai demandar um estatuto diferente e complementar ao que rege a totalidade dos cidadãos. Por intermédio da medicalização da loucura, foi inventado um novo estatuto de tutela, essencial para o funcionamento da sociedade contratual.

A psiquiatria desde o seu surgimento, no século XVIII, já estava ligada à ideia de reforma: os alienistas humanizaram as condições dos loucos no hospital geral e a mera restrição física como técnicas de tratamento do distúrbio mental. Seu início é representado pelo ato de Philippe Pinel de desacorrentar os loucos na França. Apesar de já se falar em alienação e internação em outros países europeus, a especificidade da contribuição de Pinel residiu na reunião dos saberes médicos e filosóficos para a explicação da loucura, criando suas classificações e desenvolvendo seu tratamento. A partir de Pinel, a medicina mental se desenvolveu como especialidade médica e o asilo foi descrito como o espaço terapêutico necessário para a cura da alienação mental (AMARANTE, 1996).

Para Porter (1990), o movimento de institucionalização da loucura não era apenas repressivo e punitivo, era principalmente segregador. A partir de meados do século XVIII, a segregação dos doentes mentais foi reforçada por uma nova fé na terapia. Confinar os loucos era o melhor para o bem-estar deles e para a segurança da sociedade e a possibilidade de cura reforçava a internação. A psiquiatria floresceu depois que um grande número de internos encheu os manicômios. O tratamento moral do fim do século XVIII dava grande importância ao carisma do médico e ao uso de táticas psicológicas na recuperação dos alienados. Philippe Pinel na França, Vincenzo Chiarugi na Itália e outros reformistas do início da psiquiatria aspiravam tratar os alienados como seres humanos curáveis, pela conquista e manipulação das suas paixões.

A prática do internamento no início do século XIX coincidiu com uma mudança na percepção da loucura. Ela foi percebida menos como juízo perturbado e mais como distúrbio na maneira de agir, de querer, de tomar decisões. Para Foucault (2006), a loucura vai deixar de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência para estar no eixo paixão-vontade-liberdade. O hospital psiquiátrico no século XIX tornar-se-á local de diagnóstico e classificação da loucura, mas também local de enfrentamento e dominação do louco. Na protopsiquiatria de Pinel, do fim do século XVIII ao início do século XIX, a prática da psiquiatria era a cura da loucura como erro, em que se adaptava o real ao delírio do louco para curá-lo ou tentava-se induzir o louco a perceber a falsidade em sua loucura. No século XIX, a psiquiatria vai alterar o seu trato com o louco, não mais por meio desse jogo da verdade no delírio, mas por relações de poder que lhe serão fundamentais.

A partir do poder disciplinar, Foucault interpreta o mecanismo da psiquiatria de imposição do real, interpretando-o como poder psiquiátrico. É poder porque atua sobre o corpo do louco, docilizando-o pela disciplina no espaço do asilo. E é psiquiátrico porque se apoia na psiquiatria como detentora de uma verdade final e inquestionável. O poder psiquiátrico foi a tecnologia disciplinar que impôs ao louco o real em nome da ciência da psiquiatria como saber médico. O grande médico do asilo é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade sobre a doença por meio de seu saber e aquele que pode impor a realidade ao doente pelo poder de sua vontade.

O poder psiquiátrico também se desenvolveu fora dos asilos, somando-se a outras instituições e regimes disciplinares. De acordo com Foucault (2006), encontramos o poder psiquiátrico nas funções-psi, em que o saber atua como poder, e o poder se torna a realidade em que o indivíduo se encontra interpretado. Essa disseminação foi possível com a psiquiatrização da infância, com o surgimento da neurologia e com uma série de acontecimentos ao longo do século XIX que vão levar o poder psiquiátrico a um destino maior que apenas o seu desenvolvimento no asilo.

Em meados do século XX, a antipsiquiatria começa a denunciar o controle psiquiátrico das populações no discurso do tratamento com objetivo terapêutico, recusando o controle da medicina sobre a saúde mental no público. Mesmo com pontos comuns, os movimentos que constituíram a antipsiquiatria são heterogêneos, com diferenças em suas propostas e experiências, construídas em países como França, Itália, Inglaterra, Alemanha e Bélgica. Em geral, houve a recusa do hospital psiquiátrico, a crítica aos sistemas totalitários e a afirmação dos efeitos terapêuticos de uma vida familiar ou comunitária (LA HAYE, 2007).

Segundo Foucault (2006), a era da antipsiquiatria começa a ser esboçada a partir do momento em que o poder do psiquiatra foi colocado em questão: como o poder do médico estava implicado no que ele dizia. As reformas da prática e do pensamento psiquiátrico são formas de deslocar, mascarar ou eliminar esse poder. No século XX, o que está em jogo no debate da antipsiquiatria são as relações de poder da prática psiquiátrica que condicionavam o funcionamento da instituição asilar.

Para La Haye (2007), a antipsiquiatria conquistou avanços importantes nos países em que esteve presente, mas ainda não conseguiu colocar em xeque a sociedade carcerária e psiquiátrica ou fazer a ponte entre tratar os indivíduos a partir de seus problemas psicológicos e atacar o problema no campo sociopolítico. O hospital psiquiátrico por vezes desapareceu mais por questões econômicas do que por razões teóricas ou humanitárias, e a mudança para estruturas alternativas pode não trazer mudanças significativas se os princípios de funcionamento permanecerem os mesmos. O campo de luta precisa ser ampliado para além das experiências em saúde mental.

## 2.2 Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização

A expressão reforma psiquiátrica diz respeito ao processo mais recente de crítica ao manicômio e aos pressupostos da psiquiatria. Ela é utilizada em referência a diferentes processos de reestruturação da assistência em saúde mental a partir dos anos 1950 em países como França, Itália, Inglaterra, Espanha e Estados Unidos, e a partir dos anos 1970 no Brasil. Esses processos não foram homogêneos e guardam diferenças importantes entre si, mas têm como ponto comum a crítica ao modelo da psiquiatria clássica de exclusão no asilo como forma de tratamento da loucura, propondo a transformação ou a abolição do manicômio.

No século XX, em um contexto de crescimento econômico, reconstrução social, desenvolvimento de movimentos civis e de revolta contra as instituições, surge o entendimento de que o hospital psiquiátrico deve ser transformado ou abolido. As características sociopolíticas de cada país, em particular de seu sistema sanitário, assim como o papel outorgado ao manicômio, vão diferenciar os movimentos de reforma psiquiátrica, uma vez que o tipo de sistema sanitário, sua organização e cobertura condicionaram o modelo de atendimento em saúde e, por consequência, os serviços de saúde mental (DESVIAT, 1999). Como exemplo, podemos observar que a desinstitucionalização nos EUA privilegiou a criação de serviços assistenciais na comunidade em contraposição à ênfase dada ao hospital

psiquiátrico, enquanto, na psiquiatria democrática italiana, a reforma buscou radicalizar a desconstrução do manicômio, não só como instituição, mas em seus saberes e práticas (FERNANDES; SCARCELLI, 2005).

O termo desinstitucionalização surge nos Estados Unidos como sinônimo de desospitalização e reorganização administrativa dos serviços, em que a reforma psiquiátrica foi utilizada como estratégia de redução de custos com internações psiquiátricas, levando a um processo de privatização da assistência em saúde mental (LOUGON, 2006). Já na Itália, o termo desinstitucionalização era indissociável da crítica à instituição psiquiátrica e à própria psiquiatria. A experiência Italiana é importante para entender o processo brasileiro porque influenciou majoritariamente o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil. Franco Basaglia, psiquiatra e principal expoente da experiência italiana que deu origem a Lei 180 na Itália (que reorienta a assistência em saúde mental naquele país), esteve no Brasil nos anos 1980 (assim como Robert Castel e Michel Foucault) e influenciou a adoção do princípio de desinstitucionalização como desconstrução, que aspira a transformações no âmbito da sociedade e não apenas pela transformação interna do manicômio (AMARANTE, 1996).

Para Paulo Amarante (1996), no pensamento de Basaglia a desinstitucionalização deve se realizar no nível teórico e no nível político simultaneamente, questionando o mandato social da psiquiatria de administrar as populações desviantes. A mudança de uma instituição de violência como o manicômio para instituições de tolerância não significa a superação do mandato social de controle, disciplina e segregação. A nova psiquiatria dos serviços abertos pode ser apenas uma atualização ou uma sofisticação da psiquiatria que foi criticada pelos próprios processos de reforma psiquiátrica.

A desinstitucionalização como desospitalização nasceu dos projetos da psiquiatria preventiva ou comunitária, em que a passagem para serviços comunitários acontece numa perspectiva de que a falência do sistema psiquiátrico estaria no mau uso da psiquiatria. Mas o termo desinstitucionalização também é empregado como sinônimo de desassistência, como se não substituísse o modelo hospitalar por outras formas de cuidado e assistência. Apesar de essa crítica ser verdadeira em algumas experiências, como a dos Estados Unidos, ela é encontrada no Brasil nos discursos de grupos conservadores e com interesses na manutenção do modelo hospitalocêntrico no país (AMARANTE, 1996).

Isso significa que as experiências e significados da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização não são homogêneos ou iguais, e que devem ser analisados nos contextos históricos e nas realidades específicas de cada país. Apesar disso, é importante

manter a perspectiva de que desinstitucionalização não deve ser reduzida à desospitalização, apesar de ter sido sobretudo com esse significado que ela foi realizada, sobrevivendo à crise das políticas de saúde mental que dela fizeram sua bandeira e se revelando coerente com as orientações neoliberais e conservadoras de reforma do Estado (ROTELLI et al., 1990).

### 2.3 Loucura, reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil

No Brasil, a loucura começou a ser objeto de intervenção específica do Estado no início do século XIX, com a vinda da família real para o Rio de Janeiro. Antes disso os loucos se encontravam com as famílias ou nas ruas, e quando apresentavam comportamentos perigosos, eram isolados em instituições prisionais, asilos de mendigos e porões das Santas Casas de Misericórdia. Em 1830 os médicos passaram a denunciar a situação dos loucos nas Santas Casas, reivindicando a criação do hospício como instituição específica para o tratamento da loucura, controlado e dirigido por médicos. Em 1852 foi criado o Hospício de Pedro II, mas apenas em 1890, com a chegada dos republicanos ao poder, que o hospício foi desvinculado da Santa Casa. Vinculado à administração pública, passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados (AMARANTE, 1994).

A história da psiquiatria e do manicômio no Brasil tem características peculiares ao contexto político, econômico e social do desenvolvimento brasileiro no século XIX, marcado pela urbanização e industrialização. Ao longo do século XIX, a sociedade brasileira sofreu um intenso processo de medicalização (MACHADO et al., 1978). Nesse período, a loucura e as epidemias vão se tornar temas centrais para a medicina social, que adquire um papel de intervenção e controle do espaço social cada vez maior no período republicano. A psiquiatria brasileira se desenvolveu como disciplina específica da medicina, com um alienismo eclético em sua fundamentação teórica e de forte base organicista (CUNHA, 1986).

Em 1903, foi aprovada a Lei nº1.132 que reorganiza a assistência aos alienados em todo o território nacional e amplia os poderes da psiquiatria. Juliano Moreira assume a direção da Assistência Médico-Legal dos Alienados, dando continuidade ao trabalho de Teixeira Brandão de criação e reorganização dos asilos e busca de legitimação jurídico-política da psiquiatria nacional. A passagem do século XIX para o século XX é um período importante de aproximação da psiquiatria brasileira com a justiça e de modificações de suas bases teóricas no sentido da higiene pública e da loucura como perigo social. São dessa época as

discussões brasileiras sobre crime e loucura que vão resultar na criação do primeiro manicômio judiciário, em 1921 (CUNHA, 1986; CARRARA, 1998).

Apesar de importantes transformações nas teorias e práticas psiquiátricas brasileiras, com a descoberta de novas técnicas como a eletroconvulsoterapia e a lobotomia na década de 1930, e o surgimento dos neurolépticos na década de 1950, a assistência psiquiátrica continuou a ser prestada quase que exclusivamente por estruturas manicomiais até a década de 1960 (AMARANTE, 1994). Com a ditadura militar, ocorre uma centralização administrativa e uma privatização do atendimento médico, promovidas pelo discurso de racionalização e modernização do governo ditatorial, que resultaram na passagem do atendimento psiquiátrico para a rede privada, com a abertura de instituições conveniadas à previdência (BISNETO, 2007). Essa expansão dos serviços privados ficou conhecida como “indústria da loucura” e teve grandes proporções: entre 1965 e 1970, a população internada em hospitais públicos permaneceu constante, enquanto nas instituições particulares remuneradas pelo governo ela aumentou em mais de 100% (PITTA, 2011).

É importante salientar que a assistência à saúde no Brasil se desenvolveu historicamente como parte do processo de desenvolvimento da previdência social. Antes da Constituição de 1988, a assistência médica governamental era um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal com as características de seguro social. Na ditadura militar, a previdência social assumiu a assistência médica como uma de suas atribuições com a unificação dos institutos de aposentadorias e pensões e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A unificação causou uma demanda sobre as unidades de saúde do INPS que não conseguia ser atendida na rede previdenciária. A compra de serviços privados foi priorizada em detrimento da ampliação dos serviços próprios, resultando na privatização intensa dos serviços de saúde (MENICCUCCI, 2007).

A política pública de saúde não dispunha de serviços de atenção médica individual, a não ser em áreas específicas — como era o caso dos hospitais psiquiátricos — e, com a exceção dos trabalhadores formais. A população dependia da filantropia e da rede privada para ter acesso a atendimento médico. O modelo privatista e excludente da política de saúde foi criticado nas décadas seguintes pelo movimento da reforma sanitária, que defendia um sistema de saúde público e universal, pautado em um conceito amplo de saúde e de seus determinantes sociais.

Nos anos 1970, surgiu um movimento de crítica ao modelo asilar da política de saúde mental, colocando em xeque os manicômios brasileiros e a intensa privatização da saúde

mental. As péssimas condições das populações dos manicômios no país foram alvos de denúncias intensas, por suas condições de insalubridade e violação de direitos humanos. Ausência de recursos humanos e materiais, maus tratos e violências eram uma realidade comum aos hospitais públicos e conveniados, mas esses últimos tinham agravantes como aumentar os tempos de internação, fraudar internações e proibir visitas (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 1997).

Em 1978 surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), um ator importante no processo de definição dos rumos da reforma psiquiátrica em diferentes espaços institucionais e sociais. Na década de 1980, o período de reabertura democrática no Brasil presenciou a emergência de diversos movimentos sociais, que se organizaram e passaram a lutar pela democracia e por transformações políticas e sociais. O movimento pela reforma psiquiátrica se consolidou, impulsionado pelo modelo sanitarista da saúde estabelecido na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e consagrado na Constituição de 1988 (VASCONCELOS, 2008; PITTA, 2011).

Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e no encontro do MTSM em Bauru, em dezembro, o movimento pela reforma psiquiátrica adota o lema “por uma sociedade sem manicômios”, transformando-se em um movimento social para engendrar transformações no campo da saúde mental e na sociedade. No mesmo ano, no estado de São Paulo, foi criado o primeiro Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), que junto com a experiência de Santos se tornou uma referência para a política de saúde mental. Em 1989, na cidade de Santos, a prefeitura intervém em um hospício privado que contava com 500 pacientes e vários episódios de mortes e violências. O hospital foi fechado e substituído com a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e outros serviços assistências no território, como lares abrigados e cooperativas de trabalho. Essas experiências mostraram a viabilidade das propostas defendidas pelo movimento antimanicomial (AMARANTE, 1997).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental realizou debates em torno de três temas: os impactos das relações Estado, economia e sociedade sobre a saúde e doença mental; a reforma sanitária e a reorganização da assistência em saúde mental e cidadania e doença mental. Dentro desse último tema, foram apresentadas recomendações à constituinte<sup>2</sup> e indicação de reformas legislativas. Em relação ao código penal brasileiro, o relatório final da conferência já

---

<sup>2</sup> Referência à Assembleia Nacional Constituinte de 1987/1988, instalada no Congresso Nacional para escrever a nova constituição brasileira após o fim da ditadura militar.

indicava a necessidade de revisão da questão da inimizabilidade e da definição de periculosidade, e de aprofundamento da discussão sobre os manicômios judiciários, visando sua extinção ou profunda transformação (BRASIL, 1988).

Em 1989 é apresentado o projeto de lei do então deputado Paulo Delgado, um projeto de lei federal que tinha como objetivo regulamentar os direitos da pessoa com transtornos mentais e estabelecer a extinção progressiva dos manicômios no país. A apresentação do projeto marca o início de um longo percurso de debates e disputas políticas na década seguinte, na busca de um marco legislativo para a população em sofrimento mental que fosse compatível com os princípios da reforma psiquiátrica. Na década de 1990, começa a implementação da rede extra-hospitalar, multiplicando as experiências municipais presentes desde 1987 — o primeiro CAPS — e 1989 — os NAPS da experiência de Santos — como modelos para a desinstitucionalização em serviços comunitários, por meio das portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Em 1990, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e as organizações, profissionais, juristas, legisladores e autoridades de saúde dos países da América Latina e do Caribe se reuniram na Conferência para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, na Venezuela. Na ocasião, foi aprovada a Declaração de Caracas, que estabeleceu princípios para reestruturação da atenção psiquiátrica na região, de forma a assegurar o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes psiquiátricos. A assinatura da Declaração de Caracas pelo Brasil demonstrou um compromisso do Estado brasileiro na reorientação da política de saúde mental.

Entre as décadas de 1990 e os anos 2000, o processo de expansão dos novos serviços assistenciais foi heterogêneo, pois não ocorreu na mesma proporção nos diferentes estados do país. Apesar de terem sido regulamentados por portarias do Ministério da Saúde, os novos serviços de atenção diária não tinham uma linha específica de financiamento e não havia mecanismos sistemáticos de redução dos leitos hospitalares. No fim do período, o país tinha 208 CAPS, mas 93% dos recursos federais para a saúde mental ainda destinavam-se aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). A partir de 1995, inicia-se um período de limites à expansão da Reforma Psiquiátrica no plano federal com as políticas neoliberais do governo, ao mesmo tempo em que o aumento do desemprego, da miséria e da violência social intensificou a demanda e os desafios dos serviços de saúde mental (VASCONCELOS, 2008).

As discussões da reforma psiquiátrica brasileira tinham uma agenda comum de superação da prática e dos pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional, que



apenas viam a irracionalidade e a periculosidade na doença mental, sem permitir o resgate das histórias, biografias e subjetividades dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico; o respeito a sua cidadania e aos seus direitos humanos, incluindo o direito a um tratamento verdadeiro e digno (AMARANTE, 1997). Para Pedro Delgado (1992), o tema dos direitos dos pacientes traz ao debate contradições que a reforma psiquiátrica estrita (modelo reformista oficial dos grupos de trabalho governamental) não se propunha a enfrentar, relacionados à legislação penal e cível. Mas a luta pela cidadania das pessoas em sofrimento mental implica uma reforma não só no campo da psiquiatria, mas no território mais distante do direito penal e civil.

A partir dos anos 2000, foram realizados importantes avanços legislativos que regulamentaram os serviços substitutivos e estabeleceram o novo modelo de assistência em saúde mental. A rede de serviços substitutivos foi ampliada progressivamente, mas ainda de forma heterogênea nas diferentes regiões do país. Em 2001, mesmo ano da III Conferência Nacional de Saúde Mental, foi aprovada a Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), com o texto de um substitutivo ao projeto inicial de 1989. Já a Lei 10.216/01 é resultado de um processo legislativo de 12 anos, e representa o consenso possível para aprovação de uma lei nacional sobre a política de saúde mental e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

O projeto original proposto por Paulo Delgado é o PL 3657/1989. Ele foi apresentado em plenário para as Comissões de Constituição e Justiça e de Redação e de Saúde, Assistência e Previdência Social. Seu texto continha apenas 4 artigos, que propunham a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a proibição da contratação de novos leitos no setor privado, a instalação e funcionamento de recursos não manicomial de atendimento e a comunicação de internação psiquiátrica involuntária à autoridade judiciária em 24 horas pelo médico responsável e a revogação do Decreto-Lei nº 24559 de 3 de setembro de 1934.

Em sua justificativa, o autor citava a inadequação do hospital psiquiátrico especializado, os processos de desospitalização como tendência mundial irreversível, a Lei 180 e a experiência italiana, a existência no país de 100.000 leitos remunerados pelo governo no setor privado e 20.000 leitos estatais e a problemática da liberdade como central ao atendimento em saúde mental e a cidadania dos loucos. Em abril de 1990, é aprovado o parecer favorável à constitucionalidade do projeto pela CCJR e posteriormente o projeto foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família, com emenda ao art. 1, criando a possibilidade de contornar a vedação de construção de novos hospitais públicos e

financiamento de novos leitos privados, se determinada por necessidade regional e estabelecida por Lei estadual.

As discussões em plenário mostram disputas sobre a votação do projeto e as emendas, argumentos contra a votação da proposta que ressaltavam o interesse da Fundação Brasileira de Hospitais de ser ouvida na tramitação do processo. Foram aceitas emendas que colocavam a transição gradativa entre o modelo asilar e os modelos substitutivos de atenção ambulatorial no projeto. Houve falas críticas à lei italiana, citada nas justificativas do projeto, ressaltando debates sobre o retorno aos manicômios na Itália e o fato da reforma italiana ter-se tornado “uma calamidade social”. Nesses primeiros embates, já se podia ver o peso do setor privado no direcionamento político dos que se opunham ao projeto.

Após despacho para o Senado Federal, o projeto retorna em 1999, oito anos depois, com um substitutivo proposto pelo Senado, que retirou o veto à construção de novos hospitais e ao financiamento de novos leitos privados e à diretriz de substituição gradativa pelos serviços ambulatoriais, estabeleceu os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial para a reinserção social. O texto do substitutivo do Senado é que se tornou o texto da Lei 10.216/01. A lei significou grande avanço para a reforma psiquiátrica no Brasil, mas significou também uma derrota para o movimento antimanicomial, que exigia a vedação de novos hospitais e do financiamento público de novos leitos, e uma vitória para o setor hospitalar, que conseguiu a aprovação da lei sem prazos ou vedações aos leitos hospitalares, que continuam até hoje sendo financiados pelo governo e progressivamente desativados.

A Lei 10.216/01 estabelece os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. Em seu artigo 2º, estabelece como direitos da pessoa portadora de transtorno mental, entre outros: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde de acordo com suas necessidades; tratamento com humanidade e respeito pela recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração; direito à presença médica, a qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de internação involuntária; livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; tratamento em ambiente terapêutico por meios menos invasivos possíveis e tratamento preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

A lei também estabelece o desenvolvimento da política de saúde mental como responsabilidade do Estado; a reinserção social como finalidade permanente do tratamento; a indicação de internação apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem

insuficientes; a vedação da internação em ambientes com características asilares e desprovidos de serviços para atenção integral e garantia dos direitos estabelecidos; a formulação de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida para pessoas com grave dependência institucional ou longo tempo de internação; e a necessidade de autorização médica e comunicação ao Ministério Público para internações involuntárias (BRASIL, 2001).

A lei da reforma psiquiátrica não menciona diretamente as pessoas em medida de segurança. Mas ao estabelecer os direitos de todas as pessoas portadoras de transtorno mental, não é possível excluir aquelas em conflito com a lei. Entre as modalidades de internação estabelecidas na legislação, a medida de segurança em hospital de custódia é caracterizada como internação compulsória, por ser determinada por sentença judicial. Outros aspectos da legislação trazem implicações diretas na execução das medidas de segurança: internação apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes e sua proibição em instituições com características asilares, desprovidas de recursos que garantam a assistência integral e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental (BRASIL 2001). Garantir os direitos da Lei 10.216/01 para as pessoas com transtorno mental em conflito com a lei é um desafio para a política nacional de saúde e para a execução penal no país, uma vez que as medidas de segurança fazem parte de arcabouço jurídico anterior tanto a Lei 10.216/01 como a própria CF de 1988, como são os casos do Código Penal e da Lei de Execuções Penais.

Com a promulgação da lei da reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde edita várias normatizações para a política de saúde mental, estabelecendo linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos; criando mecanismos e instrumentos de gestão para a redução programada de leitos, com destaque para o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria) e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); instituindo o Programa de Volta para Casa e expandindo a rede CAPS e as Residências Terapêuticas, essenciais para a desospitalização dos pacientes em longa internação. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que já existiam como modelos de serviços comunitários há mais de uma década, ganharam novo fôlego e se tornaram o dispositivo estratégico da atenção de média e alta-complexidade em saúde mental. Na atenção básica, o atendimento em saúde mental é realizado dentro da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de orientação e matriciamento das equipes por profissionais especializados em saúde mental (BRASIL, 2005).

Entretanto, os avanços normativos não garantiram a expansão e implementação dos serviços substitutivos de assistência em saúde mental. Em 2013, 12 anos após a Lei 10.216/01, o processo de reforma psiquiátrica ainda está em desenvolvimento, os serviços substitutivos ainda estão em expansão e o ritmo das desospitalizações ainda é lento. Um dos desafios enfrentados para a consolidação da rede de atenção integral em saúde mental é o financiamento da política, além de desafios de articulação com outras políticas sociais e até mesmo de articulação entre as esferas federal, estadual e municipal.

Apesar da inclusão dos CAPS no Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), proporcionando maiores incentivos financeiros para manutenção de serviços já existentes e implantação de novos serviços, os CAPS continuam sendo remunerados em uma lógica de produtividade vinculada à doença, reforçando ações voltadas predominantemente para o interior do serviço e não para o território. A lógica de financiamento do SUS para os CAPS é impeditiva das dimensões das ações territoriais de inserção e transformação do social em relação à loucura, contrariando os princípios da reforma psiquiátrica (FREIRE; UGÁ; AMARANTE, 2005).

Para Menicucci (2007), é preciso uma perspectiva crítica dos dados de financiamento da saúde mental, identificando nesses repasses e nas parcerias via terceirização, se o avanço da reforma psiquiátrica no país é feito pela garantia pública de serviços ou pela privatização destes, assim como ocorre com a política de saúde. Outro aspecto importante é a análise do orçamento da política, que ainda é alvo de muitas controvérsias sobre como realizar o cálculo e se o gasto em saúde mental diminuiu ou se manteve estável nos últimos anos. Em análise recente do gasto federal entre 2001 e 2009, apresentada em artigo de Gonçalves, Vieira e Delgado (2012), o gasto em saúde mental aumentou no período analisado, acompanhando o aumento do gasto em saúde, mas permaneceu estável como 2,5% do orçamento federal da saúde nos últimos anos. Isso demonstra a necessidade de aumentar a representação do orçamento da saúde mental na política de saúde, em um contexto político e econômico em que o orçamento da saúde, por sua vez, encontra obstáculos ao seu crescimento.

Dessa forma, faz-se necessário também entender o orçamento da saúde no contexto da seguridade social. De acordo com Salvador (2012), a gestão democrática da seguridade social fica limitada apenas a uma parte do orçamento público, pois os recursos são apropriados antes mesmo de serem alocados nas políticas de previdência, assistência social e saúde. Esse processo incha os gastos da seguridade social com despesas típicas do orçamento fiscal, sem o devido aporte de recursos provenientes de impostos para o seu orçamento, ao mesmo tempo

que “a DRU<sup>3</sup> permanece transformando recursos exclusivos das políticas da Seguridade Social em receitas do orçamento fiscal para acumulação do capital financeiro” (SALVADOR, 2012, p. 40).

Para Lougon (2006), nos EUA, a desinstitucionalização determinada pela conveniência aparente de redução de gastos trouxe consequências desastrosas: um processo de privatização da assistência a doentes mentais crônicos, segmento populacional de pacientes com doença mental crônica, pobres ou indigentes, desassistido pelos novos dispositivos assistenciais, piora da qualidade de vida nos serviços privados de abrigo, aumento na população de sem-teto correspondente a doentes mentais e trato policial e judiciário para procedimentos antes presentes no setor médico-psiquiátrico.

Entretanto, os Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos estão subordinados às secretarias estaduais responsáveis pela administração dos estabelecimentos penitenciários e ao Ministério da Justiça. Como não participam do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH/Psiquiatria) e do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), não é claro se seus leitos e infraestrutura estão incluídos nas estatísticas e avaliações do Ministério da Saúde. Em 2011, havia 32.284 leitos hospitalares no SUS, em sua maioria (49%) em hospitais de pequeno porte, com até 160 leitos. A quantidade de leitos públicos e privados nos hospitais psiquiátricos não foi indicada (BRASIL, 2012). A forma de apresentação dos dados de financiamento do Ministério da Saúde não permitiu identificar se existem repasses para compra de medicação e insumos de saúde para o tratamento de pessoas em ECTPs. Mas, mesmo que os ECTPs não recebam recursos financeiros do Ministério da Saúde. O financiamento da política de saúde mental interfere na expansão e consolidação da rede de serviços, influenciando a desinternação das pessoas em HCTPs no SUS.

A atual conjuntura de contrarreforma e neoliberalismo não traz implicações apenas orçamentárias, já que reorienta as políticas sociais no sentido de sua restrição, focalização e seletividade (BEHRING, 2003). O avanço da reforma psiquiátrica implica o aumento da rede de serviços substitutivos como um todo, não apenas dos CAPS. Essa rede inclui serviços de saúde mental na atenção básica, que se tornou área prioritária do pacto pela vida para a

---

<sup>3</sup> Desvinculação de Receitas da União (DRU) é um mecanismo que permite ao governo desvincular 20% das receitas de contribuições sociais (com exceção das previdenciárias) para o orçamento fiscal, normalmente utilizado de forma que os recursos das políticas sociais são realocados para pagamento da dívida pública. Ver Salvador (2010).

atuação das equipes do PSF; integralidade entre os CAPS e demais serviços; hospitais gerais e ambulatoriais; residências terapêuticas para necessidades habitacionais de pacientes com transtornos mentais graves; ampliação do benefício de renda do Programa de Volta para Casa (PVC) para assistência a pessoas provenientes de longos períodos de internação; o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria – PNASH, para avaliação e monitoramento da redução programática de leitos psiquiátricos; entre outros.

Os dados mais recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) mostram que até dezembro de 2011 existiam 1.742 CAPS, distribuídos de forma heterogênea entre os estados. Os CAPS são classificados quanto ao tamanho da população pelo qual se responsabilizam e pelo regime de funcionamento: CAPS I são serviços diários de atenção para municípios com 20 a 70 mil habitantes, os CAPS II destinam-se à população entre 70 e 200 mil habitantes e os CAPS III são os serviços substitutivos de alta complexidade, com funcionamento 24 horas e capacidade para internações curtas, em municípios com mais de 200 mil habitantes. Havia um predomínio de CAPS I e II (72%), e poucos CAPS de modalidade de internação provisória (3,6% CAPS III e 0,3% CAPSad III, esse último criado como estratégia de leito temporário para desintoxicação de drogas) ou população específica (8,5% CAPSi para crianças e adolescentes e 15,6% CAPSad para tratamento específico de álcool e drogas).

Ao final de 2011, os Serviços Residenciais Terapêuticos totalizavam 625 em funcionamento e 154 em implantação, com 3.470 moradores. Considerando que os SRTs são dispositivos essenciais para moradia e inserção social de pacientes com transtornos graves e para egressos dos leitos em progressiva extinção, seu número ainda é muito aquém da demanda. Além disso, os SRTs ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas longamente internadas em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A folha de pagamento do Programa de Volta para Casa, que realiza transferência de renda para desinstitucionalização de pessoas com 2 anos ou mais de internação, totalizava 4.000 beneficiários em fevereiro de 2012 (BRASIL, 2012).

A partir de 2007, aconteceu um novo fluxo de normalizações da política de saúde mental, por meio de decretos e portarias relacionadas às políticas do governo federal para o tratamento de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas na rede de saúde do SUS. Nessas regulamentações se destaca o Decreto n 7.179 de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (BRASIL, 2010a). A questão das drogas foi uma lacuna histórica da política de saúde, que a relegou para as

instituições da justiça, da segurança pública e das associações religiosas. Uma primeira iniciativa de abordar a questão das drogas na política de saúde mental foi o Programa Nacional de Atenção Comunitária aos Usuários de Álcool e Outras drogas, implementado apenas em 2002, tendo os CAPSad como dispositivos estratégicos (BRASIL, 2005).

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas é uma ação articulada e intersetorial entre as áreas da saúde, da assistência social, da Secretaria de Direitos Humanos, do Ministério da Justiça, entre outros. O Decreto 7.179/2010 contém em seu texto apontamentos ambíguos, associando ações de assistência social e saúde com ações de segurança pública e combate ao tráfico. Alguns princípios são incoerentes com a política de saúde mental pautada na reforma psiquiátrica: o plano institui entre as ações imediatas e estruturantes o aumento no número de leitos para tratamento de usuários de *crack* e outras drogas, mas não especifica como será feita a ampliação dos leitos (BRASIL, 2010a).

Um dos pontos problemáticos é a possibilidade de financiamento das comunidades terapêuticas, que no Brasil são coordenadas por entidades sem fins lucrativos, filantrópicas, sem nenhuma relação com as comunidades terapêuticas da experiência inglesa e em condições similares as combatidas pelo movimento antimanicomial nos hospitais psiquiátricos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Além disso, alguns estados já estão realizando políticas de internações involuntárias de usuários de drogas, indicando uma direção perigosa de retrocesso da política de saúde mental como estratégia de controle e normatização do social.

No censo dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, 11% da população em medida de segurança sem conversão de pena e 15% da população em medida de segurança por conversão de pena apresentavam transtornos mentais por uso de álcool e outras drogas; 4% da população em medida de segurança sem conversão de pena e 3% da população em medida de segurança por conversão de pena tinham cometido infrações penais relacionadas a drogas. Além disso, 23% das pessoas em medida de segurança sem conversão de pena com transtornos mentais devido ao uso de álcool ou outras drogas cometeram infrações penais na família. Considerando que diagnósticos com comorbidade relacionadas ao uso de álcool e a outras drogas não estão incluídos, as relações entre uso de drogas e internação em HCTPs podem ser significativas (DINIZ, 2013).

Apesar do perigo de um retrocesso na política de saúde mental a partir da institucionalização de pessoas com dependência em drogas, em geral os dados da saúde mental apontam um crescimento da rede de serviços e uma inversão no financiamento com

maioria de gastos em serviços substitutivos a partir de 2006, tornando a experiência da reforma psiquiátrica brasileira um modelo para outros países (BRASIL, 2011b). Entretanto, ao mesmo tempo em que pode ser emancipatória e garantidora de cidadania a um grupo por muito tempo excluído e violado em seus direitos de cidadania, a política de saúde mental pode atuar no sentido da desresponsabilização do Estado na assistência em saúde mental, delegando seu papel cuidador para as famílias ou para a iniciativa privada. É importante ter em mente que a reforma psiquiátrica brasileira não se limita à política de saúde mental, pois envolve questões e dimensões ético-políticas e culturais (PITTA, 2011).



### 3 LOUCURA E CRIME

Para compreender a atual articulação entre loucura e periculosidade, e a própria noção de inimizabilidade nas medidas de segurança, é necessário entender as condições que possibilitaram a aproximação entre crime e loucura. Assim como a loucura como doença mental, a associação entre loucura e crime é uma construção histórica. A origem da associação entre loucura e perigo está inscrita no século XIX, relacionada a processos como o desenvolvimento da psiquiatria como poder de normalização, a articulação entre psiquiatria e justiça no sistema penal e transformações na economia do castigo (FOUCAULT, 2010b, 1984, 1978).

Foucault (2009) analisou a transformação da economia do castigo, que fez com que o corpo desaparecesse como alvo principal da repressão penal. Os suplícios exigiam a confissão pública do condenado, seguida por uma pena de tortura e laceração do corpo, ou até mesmo sua morte, realizadas ritualmente por um carrasco e presenciada como espetáculo violento pelos presentes. Entretanto, em apenas algumas décadas, os suplícios foram substituídos pela cena do controle do uso do tempo dos condenados nas prisões.

A história dessa transformação do poder de punir não é uma história das modificações jurídicas das penas, ou de sua humanização. Isso não significa, no entanto, negar a influência dos reformadores tiveram sobre as reformas dos códigos penais e no campo do direito penal — dentre os quais Cesare Beccaria foi o maior expoente. Entretanto, nenhum dos reformadores do sistema penal propunha a prisão como forma universal de castigo, mas foi ela que colonizou o aparato judicial e se tornou a base do sistema penitenciário após a reforma penal que começa na segunda metade do século XVIII e se cristaliza com os novos códigos penais do século XX (FOUCAULT, 2009).

A explicação dessa transformação do poder de punir é a generalização das disciplinas como formas de dominação no decorrer dos séculos XVII e XVIII. O corpo é mais útil quanto mais obediente, e as disciplinas são desenvolvidas para que os corpos sejam dóceis, submissos e exercitados. A exploração econômica separou a força e o produto do trabalho, enquanto a coerção disciplinar estabeleceu o aumento da aptidão com o aumento da sujeição. Essas técnicas de disciplina já existiam no militarismo, no convento e em outras situações e lugares na história, mas com o desenvolvimento das sociedades capitalistas modernas, aconteceu a generalização desse conjunto de técnicas de distribuição, de controle das atividades e do tempo, e por fim, dos indivíduos. A prisão ocupa uma posição central entre os

demais dispositivos disciplinares, que colocam em funcionamento um poder de normalização (FOUCAULT, 2009).

### 3.1 Doença mental e periculosidade

Para Foucault (1978), o tema do indivíduo perigoso se torna, ao longo do século XIX e do século XX, o principal alvo da intervenção punitiva. A noção de indivíduo perigoso inscreve-se tanto na instituição psiquiátrica quanto na judiciária, transformando a noção de responsabilidade penal, dando origens a teorias como a antropologia do homem criminoso e a degeneração. A organização da penalidade não se resolve apenas pela determinação da existência do crime, porque a razão do crime se tornou condição para a punição.

A transformação da tecnologia de punir para o criminoso fortalece a razão do crime como inteligibilidade para a punição. Assim, os crimes sem razão passam a ser um problema para o aparato judiciário. Por outro lado, a psiquiatria para se consolidar como tecnologia de higiene pública teve que realizar dois movimentos: definir a loucura como doença mental e definir a loucura como perigosa. Os crimes sem razão que paralisavam o judiciário permitiram a sua permeabilidade pelo saber psiquiátrico, que, por sua vez, se interessava na loucura que mata como prova da perigosidade na loucura (FOUCAULT, 2010b)

A evolução da psiquiatria criminal não foi sobre uma loucura que se apresentava na forma de demência ou furor, como estabelecido nos códigos penais até então, mas sobre o novo problema dos crimes sem-razão, nos quais não se identificava nenhum dos sintomas tradicionais e reconhecíveis da loucura: eram crimes graves (assassinatos) e contra a natureza, ou seja, aconteciam na esfera doméstica ou envolvendo relações familiares. A psiquiatria do crime não se inaugura pelo indivíduo da pequena desordem cotidiana cujas ações convivem entre a lei e a norma, mas pela figura do grande monstro, como uma patologia do monstruoso, pela noção fictícia de uma loucura que nada mais é do que o crime (FOUCAULT, 1978).

A psiquiatria do século XIX inventou a monomania homicida, a loucura cuja única manifestação era o crime sem-razão. Apesar dos magistrados da época terem reticências em aceitar a noção de monomania homicida, acabaram aceitando a análise psiquiátrica dos crimes realizada a partir dela. Depois a própria psiquiatria vai abandonar a noção de monomania, mas não antes de ter conquistado, a partir dela, um espaço de perícia judiciária. Se a loucura pode causar não só desordens de comportamento, mas o crime monstruoso, e se somente um médico especialista consegue identificar essa loucura sem sintomas (a não ser o crime), a

psiquiatria é fundamental para identificar o perigo na sociedade e defendê-la dele. O interesse dos juízes na intervenção da psiquiatria para os crimes sem razão se justificava como forma de driblar a razão do crime como condição para a punição. E o interesse da psiquiatria para intervir nesses crimes era a articulação entre perigo e loucura necessária para sua atuação como higiene pública (FOUCAULT, 1978).

O discurso psiquiátrico opera a transformação de inexistência de razão no crime em presença de loucura pela incorporação da categoria do instinto — o ato sem razão é o ato instintivo. Com essa noção de instinto, a psiquiatria do século XIX vai relacionar com a loucura toda uma série de distúrbios e irregularidades de conduta que não pertencem à loucura propriamente dita, organizando a problemática do anormal no nível das condutas mais elementares e cotidianas: por meio da loucura criminosa e da categoria do instinto que a psiquiatria se generaliza como tecnologia da anomalia (FOUCAULT, 2010b).

A articulação entre a psiquiatria e a justiça vai ser fundamental para o aparecimento dos manicômios judiciários. A partir da segunda metade do século XIX, os monomaníacos passam a ser classificados preferencialmente como degenerados. A noção de degeneração em psiquiatria surge a partir da obra de Benedict-Augustin Morel, que relacionou a degeneração com a patologia, na qual uma hereditariedade mórbida transmissora tanto de caracteres físicos quanto morais resultava em tipos antropológicos desviantes. As doenças mentais provenientes da degeneração do sistema nervoso eram consideradas incuráveis dentro da doutrina da degeneração. Outra teoria com grande impacto nas discussões entre loucura e crime foi a antropologia criminal de Cesare Lombroso, que procurou demonstrar, por meio de técnicas como antropometria e cranioscopia, a existência do criminoso nato (CARRARA, 1998).

A escola francesa e a escola italiana opunham-se quanto aos seus pressupostos teóricos, e a antropologia criminal de Lombroso era muito mal vista pelos franceses, que tinham uma hostilidade inicial aos princípios evolucionistas. Para Harris (1993), a teoria da degeneração alcançou popularidade porque oferecia uma tradução da instabilidade política, da luta de classes e da injustiça social como parte de uma patologia psicossociológica mais ampla. A perspectiva sociológica francesa se mostrou mais eficaz do que a corrente italiana como adversária à jurisprudência clássica.

A engrenagem psiquiátrico-judiciária, que tem em sua origem a figura do monstro, e a engrenagem psiquiátrico-familiar, que tem em sua origem a figura da criança masturbadora, permitem à psiquiatria o controle sobre a anormalidade e a intervenção no domínio penal e na família. Para Foucault (2010b) são dessas atribuições da psiquiatria que surge o personagem

do degenerado como fórmula geral da psiquiatria para o domínio da anormalidade, e a infância como princípio de sua generalização. Esse é o contexto em que a engrenagem psiquiátrico-judiciária e a engrenagem psiquiátrico-familiar se desenvolvem e se articulam. É a partir desses mecanismos, presentes em diferentes instituições, discursos e tecnologias, que o poder de normalização se justifica como mecanismo de defesa da sociedade.

### 3.2 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico são os estabelecimentos penais para cumprimento das medidas de segurança, realização de exame de sanidade mental, e outras situações previstas na lei (BRASIL, 1984). São instituições contraditórias, híbridas entre prisão e hospital psiquiátrico, responsáveis pela custódia e tratamento de pessoas em medida de segurança, consideradas inimputáveis por insanidade mental.

Inicialmente conhecidos como manicômios judiciários, os HCTPs podem ser classificados como instituições totalitárias, já que a população internada leva uma vida fechada e formalmente administrada, separada da sociedade mais ampla por um considerável período de tempo e cujos membros se encontram na instituição por situações similares (GOFFMAN, 2008). Por ser uma instituição totalitária, suas características contrariam as diretrizes da Lei 10.216 (BRASIL, 2001), principalmente a vedação da internação em ambientes com características asilares e a preferência ao tratamento em serviços comunitários.

Os manicômios judiciários cumprem uma função dupla: custódia dos indivíduos perigosos para defesa da sociedade e tratamento destes para sua reabilitação. Seu surgimento está vinculado às discussões sobre crime e loucura e à articulação entre psiquiatria e justiça a partir do século XIX. Determinar se o louco infrator pode ser culpado e condenado por seus atos, assim como o criminoso comum, é uma questão histórica que envolveu debates, disputas e aproximações entre a medicina mental e a justiça.

Para Ruth Harris (1993), em sua análise das origens da criminologia na sociedade francesa do século XIX, o julgamento dos assassinatos se complicava quando surgiam declarações de crime em delírio, em que a questão principal não era a autoria do crime (na maioria dos casos os assassinos confessavam), mas se o criminoso poderia ser punido pelo crime que praticara.

As teorias médicas explicativas dos loucos criminosos e o embate sobre a concepção jurídica de responsabilidade que elas levantavam alimentaram uma discussão sobre o que

fazer com os loucos criminosos. Segundo Harris (1993), na França muitas vezes os psiquiatras não eram conclusivos a respeito da irresponsabilidade dos réus por não acharem o hospício o local correto para tratamento dos indivíduos incuráveis, vistos como perturbadores para a manutenção dos asilos.

No Brasil do início do século XX, também havia um dilema administrativo que cercava os criminosos degenerados. Para Sérgio Carrara (1998), o manicômio judiciário surge como resposta para um debate conflituoso tanto para divergentes correntes médicas como para os juristas, no qual a derrota das teorias lombrosianas representou também uma derrota para a medicina-legal e uma vitória para a psiquiatria e as teorias da degeneração. Ele não é um local desenhado para todos os loucos que cometem crimes, mas para os anômalos morais, percebidos como intermediários entre a loucura e a sanidade, responsabilidade moral e irresponsabilidade.

O manicômio judiciário é mais do que uma solução institucional para o debate entre as interpretações médicas e jurídicas a respeito da responsabilidade penal dos indivíduos: ele é o ponto de articulação entre o poder disciplinar do sistema penitenciário e o poder de normalização da psiquiatria. Entretanto, as bases dessa articulação jurídico-psiquiátrica não estão isentas de contradições e ambiguidades, que tornam possível novas configurações institucionais a partir do reexame crítico dos pressupostos teóricos adotados no sistema penal sobre culpa e responsabilidade, liberdade individual e defesa social, perigosidade e periculosidade.

A primeira instituição construída com a finalidade de custodiar os doentes mentais que cometessem crimes foi o Criminal Lunatic Asylum Act, na Inglaterra, em 1860 (COHEN, 2006). Os manicômios já existiam no Brasil desde meados do século XIX. Já o primeiro manicômio judiciário foi inaugurado no Rio de Janeiro em 1921, mas estava previsto desde 1903 em legislação que estabelecia a construção de manicômios judiciários pelos estados (CARRARA, 2010). Durante o século XX, os manicômios judiciários se multiplicaram nos diferentes estados da federação, estabelecendo-se como os espaços destinados à internação de pessoas para cumprimento de medida de segurança. Em 1984, com a reforma no Código Penal, passaram a ser denominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (BRASIL, 1984b).

O censo nacional mostra que a realidade dos ECTPs no Brasil ainda permanece um grande desafio para a reforma psiquiátrica e as políticas de saúde mental. O número de estabelecimentos em 2011 era 26, sendo que 5 foram criados após a Lei 10.216/01. Dentre os

3.989 homens e mulheres internados, existiam 18 pessoas internadas há mais de 30 anos, limite estabelecido como tempo máximo para a prisão no Brasil, e 606 pessoas internadas por mais tempo do que estariam se tivessem recebido a pena máxima em abstrato para a infração cometida. Além disso, 41% dos exames de cessação de periculosidade estavam em atraso e o tempo médio de espera pelo exame era de 32 meses (DINIZ, 2013).

### 3.3 Medida de segurança e responsabilidade penal no Brasil

No Brasil a medida de segurança é um instrumento jurídico para doentes mentais que infringem a lei, e que, por razão de insanidade mental, não são considerados responsáveis ou culpáveis por seus atos, mas são considerados perigosos para a sociedade. O Código Penal estabelece que pessoas que cometeram crimes e são consideradas inimputáveis por razão de doença ou deficiência mental devem cumprir uma medida de segurança. A isenção de pena nesses casos é definida no art. 26, com redação dada pela Lei nº 7.209 (reforma da parte geral do Código Penal), para 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” (BRASIL, 1940, 1984b).

Dessa forma, se durante o decorrer do processo criminal for levantada a hipótese de inimputabilidade por doença ou deficiência mental do art. 26, a pessoa é submetida a perícia psiquiátrica, por meio da instauração de incidente de insanidade mental. O exame para realização do laudo psiquiátrico deve ocorrer no prazo de 45 dias, com possibilidade de extensão do prazo caso o perito psiquiatra necessite de mais tempo para sua conclusão. Esse exame normalmente recebe o nome de exame de sanidade mental ou exame de insanidade mental. Após o incidente de insanidade mental, se o juiz concluir pela inimputabilidade, a pessoa recebe uma sentença absolutória e, ao invés de pena, é imposta a medida de segurança. Em caso de semi-imputabilidade, o juiz pode decidir pela pena ou pela imposição de medida de segurança (BRASIL, 1940, 1941, 1984b).

A medida de segurança ainda pode ser imposta em caso de doença mental superveniente, ou seja, quando durante o cumprimento de pena de restrição de liberdade for constatada a doença ou deficiência mental e proferida sentença de conversão de pena em medida de segurança. As medidas de segurança são de dois tipos: medida de segurança de internação, com restrição de liberdade e internação compulsória, ou medida de segurança

ambulatorial, com tratamento compulsório mas sem necessidade de internação (BRASIL, 1940, 1984b).

Ao contrário da pena, as medidas de segurança são indeterminadas: é definido um prazo mínimo para sua duração, entre um e três anos, mas não é definido um prazo máximo para sua execução. Ao final do prazo mínimo, determinado pela sentença, deve ser realizado o exame de cessação de periculosidade. Após esse prazo mínimo, o exame de cessação deve ser realizado de ano em ano. A extinção da medida depende de laudo psiquiátrico atestando a cessação da periculosidade e de sentença do juiz. Porém, antes de extinguir a medida de segurança, o juiz concede a desinternação condicional (BRASIL, 1984; CARVALHO, 2013).

A sentença de desinternação condicional define uma série de condições que devem ser cumpridas pela pessoa em medida de segurança durante o período de um ano. Se durante esse prazo não houver descumprimento das condições impostas pelo juiz, a medida de segurança é extinta. Caso as condições sejam descumpridas, o juiz pode determinar a restauração da situação anterior à desinternação condicional, ou seja, a reinternação da pessoa para cumprir medida de segurança. A reinternação também pode ser determinada pelo juiz a qualquer tempo durante o tratamento ambulatorial, caso seja considerada necessária ao tratamento (BRASIL, 1940).

A indeterminação das medidas de segurança é um dos principais argumentos dos que defendem sua inconstitucionalidade (NETTO; MATTOS, 2005; VAZ, 2012; MONTEIRO, 2013). A jurisprudência dos tribunais superiores indica o tempo máximo de duração das medidas. Para o STF, considerando a garantia constitucional de abolição da prisão perpétua, a duração da medida de segurança não pode ser maior do que 30 anos, o tempo máximo de prisão para os inimputáveis no Brasil (BRASIL, 2005). A 5ª turma do STJ ampliou esse entendimento, decidindo que a duração da medida de segurança não pode ultrapassar o máximo da pena abstrata em relação à infração (BRASIL, 2012). Isso significa que se a medida de segurança foi decretada em função de um furto, por exemplo, sua duração não pode ser maior do que o tempo máximo previsto para uma condenação por furto.

Na medida de segurança, o pressuposto da ação penal deixa de ser o da culpabilidade, uma vez que o inimputável é considerado irresponsável por seus atos em virtude de doença mental, e passa a ser o da periculosidade (CARVALHO, 2013). Baseado na periculosidade que fundamenta a medida de segurança, o Estado exerce uma função preventiva especial, tanto como medida de tratamento para reintegração social, como medida preventiva para a defesa social (CARDOSO; PINHEIRO, 2012).

Durante o século XX, foram contrapostos dois sistemas de aplicação de medida de segurança: o sistema do duplo binário e o sistema vicariante. No sistema duplo binário, as penas e as medidas de segurança poderiam ser aplicadas concomitantemente. A periculosidade do agente justificava a medida de segurança, que podia ser aplicada para imputáveis e inimputáveis. A periculosidade poderia ser configurada por presunção legal (para os inimputáveis, semi-imputáveis, condenados por crime em estado de embriaguez habitual, reincidentes em crimes dolosos e condenados por crimes cometidos em associação, bando ou quadrilha) ou por reconhecimento judicial. O reconhecimento judicial se configurava se os antecedentes, personalidade, motivos determinantes e circunstâncias do fato, meios empregados, modo de execução, intensidade do dolo e grau da culpa autorizassem a suposição de que o sujeito viria ou tornaria a delinquir; ou se na prática do fato fosse revelada torpeza, perversão, malvadeza, insensibilidade moral (CARVALHO, 2013). A doença mental não estabelecia irresponsabilidade, mas aplicação de pena reduzida (CARDOSO; PINHEIRO, 2012).

Foi com a reforma do Código Penal, em 1984, que a periculosidade social no Brasil ficou restrita aos inimputáveis por doença ou deficiência mental. Ao instituir o sistema vicariante, em que a pena e a medida de segurança não podem ser aplicadas concomitantemente, ficando a pena restrita aos imputáveis e a medida de segurança restrita aos inimputáveis, a reforma do Código Penal estigmatizou os inimputáveis com a premissa de equivalência entre doente mental e perigoso (DELGADO, 1992; COHEN, 2006).

A pena é uma sanção penal aplicada a pessoas consideradas culpadas e responsáveis. A medida de segurança também é uma sanção penal, mas difere da pena por sua natureza e fundamento: tem natureza preventiva e se fundamenta na periculosidade, já que é aplicada a pessoas consideradas irresponsáveis e não culpáveis (PANTALEÃO, 2004). Além da natureza de sanção penal, a medida de segurança tem caráter terapêutico, que também a diferencia da pena (CARDOSO; PINHEIRO, 2012). A periculosidade do agente que justifica o tratamento e, ao mesmo tempo, a segregação: segurança da sociedade e do beneficiário da medida (MATTOS, 2006).

A legislação penal e processual penal referente à execução das medidas de segurança no Brasil é anterior a Constituição Federal de 1988. A partir da promulgação da atual Constituição Federal, os princípios e pressupostos estabelecidos na legislação sobre as medidas de segurança se tornaram incoerentes ou mesmo inconstitucionais: a indeterminação do tempo de duração contraria dispositivos de pena máxima de 30 anos e vedação da prisão



perpétua no país; a aplicação de absolvição imprópria (absolvição com aplicação de medida de segurança) é inadmissível diante das garantias ao devido processo penal e à definição de culpa apenas após trânsito em julgado de sentença penal condenatória; a periculosidade, como operadora das medidas de segurança, permite práticas inconstitucionais em sua execução; o modelo atual das medidas de segurança é incompatível com o princípio da dignidade da pessoa humana; a inimputabilidade é impeditiva para acesso a direitos garantidos aos imputáveis na execução da pena; etc. (DELGADO, 1992; MATTOS, 1999; MATTOS 2006; JACOBINA, 2008; GONÇALVES, 2008; CARDOSO; PINHEIRO, 2012; MONTEIRO, 2013).

Além disso, com a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, a execução das medidas de segurança se torna dissonante dos direitos e previsões garantidos às pessoas em sofrimento mental. A Lei 10.216/01 determina a preferência ao tratamento em serviços comunitários de saúde mental, a reinserção social como finalidade permanente do tratamento, a indicação de internação apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e veda a internação em ambientes com características asilares ou desprovidos de serviços para atenção integral e garantia dos direitos dos portadores de transtorno mental (BRASIL, 2001). Para Carvalho (2013), a Lei de Execução Penal remete ao modelo carcerário e a alteração de nomenclatura da reforma penal de 1984, de manicômio judiciário para HCTP, não alterou a realidade do sistema de sanção dos inimputáveis, já que as características manicomial seguem presentes no sistema atual.

Para Netto e Mattos (2005), a medida de segurança não encontra amparo na ordem constitucional de 1988 e, com o advento da Lei 10.216/01, não é somente ilegal, mas inconstitucional. Após a Lei 10.216/01, alguns órgãos editaram resoluções que pudessem resolver as contradições na execução da medida de segurança diante da reorientação do modelo assistencial pela reforma psiquiátrica. Em 2004, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária edita a Resolução nº 5, que propõe diretrizes para a execução das medidas de segurança, adequando-as a Lei 10.216/01. Em 2011, o Conselho Nacional de Justiça publicou a Recomendação nº 35, que dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança pelos tribunais de justiça, adotando a política antimanicomial (BRASIL, 2011). Estender os direitos da Lei 10.216/01 para as pessoas custodiadas nos HCTPs é fundamental para promover a integralidade e a humanização dos serviços, o respeito a seus direitos e a melhoria da qualidade de vida na perspectiva dos direitos humanos (CORREA et al., 2007).

#### 4 OBJETO DE PESQUISA

Após ser declarada a cessação da periculosidade, a pessoa em medida de segurança recebe o benefício de desinternação condicional pelo prazo de um ano, depois do qual a medida de segurança é declarada extinta caso as condicionalidades para desinternação tenham sido cumpridas. A reinternação ocorre quando, durante este prazo e por descumprimento das condições estabelecidas, a pessoa é novamente internada para voltar a cumprir a medida em regime de restrição de liberdade.

Dados do censo nacional mostram que em 2011 havia 2.839 indivíduos em medida de segurança nos 26 ECTPs do país. Destes, 707 (25%) haviam cometido infração penal anterior à que conduziu a medida de segurança atual, ou seja, 25% da população em medida de segurança eram casos de recidiva, enquanto 159 (6%) estavam na reinternação (DINIZ, 2013). Nesse estudo o termo “reinstucionalização” será usado para indicar os casos em que pessoas desinternadas retornaram ao HCTP em novas internações, tanto em situação de recidiva (novo crime e nova medida de segurança) como em reinternação (mesma medida de segurança).

Essas categorias foram escolhidas para análise por serem pouco estudadas na bibliografia nacional e estarem relacionadas ao processo de desinstitucionalização de pessoas cumprindo medida de segurança em HCTPs. Os poucos estudos existentes no Brasil sobre recidiva de pessoas internadas em HCTPs em medida de segurança são concentrados no campo da psiquiatria forense (MOSCATELLO, 2001; GAUER et al., 2007). Roberto Moscatello (2001) realizou um estudo específico sobre a recidiva com o objetivo de verificar a ocorrência de comportamento criminal recidivo entre 100 pessoas internadas em um HCTP de São Paulo. Os resultados mostraram que 59% dos internos tinham cometido mais de um crime, com diagnóstico mais frequente de psicose esquizofrênica e predomínio de crimes contra o patrimônio. O estudo comparou os fatores predisponentes à recidiva criminal, encontrados em trabalhos estadunidenses com os resultados da pesquisa, inferindo que esses fatores estiveram presentes já que muitos estiveram internados mais de uma vez por razões diversas: ausência de suporte psiquiátrico adequado em rede ambulatorial e hospitalar, rejeição familiar e abuso de álcool e drogas (MOSCATELLO, 2001).

Outros estudos discutem a recidiva dentro do debate sobre violência e periculosidade, tentando identificar a loucura com o comportamento perigoso. Hamilton Filho (2009) entende que a exclusão do HCTP como espaço de tratamento significa silenciar a voz do psiquiatra e o exercício de sua função na avaliação das pessoas encaminhadas pelo poder judiciário. Critica

aqueles que minimizam a periculosidade como pretexto para a desinstitucionalização de todos os doentes mentais e alerta para a ameaça da reforma psiquiátrica como desassistência e omissão com os doentes mentais com envolvimento com a justiça e com os encarcerados com necessidades de tratamento psiquiátrico, ao propor equivocadamente a extinção dos manicômios judiciários.

Há ainda estudos sobre programas de alta progressiva em HCTPs como alternativa de realizar uma desinternação mais controlada, ao permitir uma melhor avaliação da propensão de atos violentos do paciente, podendo ser utilizada como ferramenta capaz de diminuir e controlar recidivas (MARAFIGA et al., 2009). A alta progressiva não é igual à desinternação condicional: é um benefício de saídas assistidas da instituição, antes da cessação da periculosidade, com finalidades terapêuticas e de avaliação. Não tem duração determinada, e seu desenvolvimento é decidido caso a caso, de acordo com acompanhamento dos técnicos responsáveis. As experiências de alta progressiva não estão incluídas nesta pesquisa, pois são limitadas a poucos estados no país (Amazonas, São Paulo e Rio Grande do Sul), as saídas e retornos da instituição podem ser muito curtas e frequentes, e os beneficiados não foram legalmente desinstitucionalizados.

Já os estudos que discutem a reinternação de pacientes psiquiátricos não incluem as pessoas em medida de segurança em HCTPs. Em sua maioria, são estudos no campo da saúde mental que analisam o fenômeno da “porta giratória” dos hospitais psiquiátricos — fenômeno de sucessivas reinternações — e a resolubilidade da rede de atenção em saúde mental (Ramos et al., 2011), os programas de alta assistida em hospitais psiquiátricos (DIMENSTEIN; BEZERRA, 2009), ou o cotidiano de pacientes com reinternações frequentes (SALLES; BARROS, 2009). O termo porta giratória vem do inglês “*revolving door*”, usado para designar pacientes que são constantemente internados e liberados de hospitais psiquiátricos. Apesar de não haver um consenso sobre a periodicidade das readmissões, esse fenômeno vem sendo estudado desde a década de 1960, após a mudança do modelo hospitalocêntrico (RAMOS et al., 2011).

Assim, diante dos poucos estudos sobre a reinstitucionalização de pessoas em manicômios judiciários no Brasil, essa pesquisa teve como objetivo realizar um estudo inédito e exploratório sobre a recidiva e reinternação de pessoas em medida de segurança no HCTP da Bahia, no intuito de contribuir para o debate sobre a desinstitucionalização de pessoas em medida de segurança e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no contexto da reforma psiquiátrica e da política de saúde mental.

#### 4.1 O Hospital de Custódia da Bahia

O HCTP de Salvador é o único hospital de custódia e tratamento psiquiátrico do estado, vinculado à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos como unidade prisional do sistema penitenciário estadual. O HCTP está localizado no bairro Baixa do Fiscal, em um edifício que já foi uma antiga penitenciária, construído no início do século XX (DINIZ, 2013; VIANA, 2008).

A unidade de Salvador foi escolhida para a análise por ser a 3<sup>o</sup> mais antiga do país, inaugurada em 1928, e possuir uma população em medida de segurança composta de homens e mulheres, com características similares ao agregado dos demais estabelecimentos do país na maior parte dos aspectos investigados pelo censo em 2011. O HCTP da Bahia também apresenta singularidades que indicam uma maior vulnerabilidade da população em relação a outras unidades no país: as pessoas analfabetas ou com ensino fundamental incompleto somavam 80% da população total e 94% da população em medida de segurança, e os pretos e pardos representavam 82% da população total e 78% dos indivíduos em medida de segurança (DINIZ, 2013).

Além disso, é uma unidade que já foi descrita em outros estudos. Em 2002, o Sindicato dos Servidores Penitenciários do Estado da Bahia noticiou ao Ministério Público vários problemas relativos aos trabalhadores do HCTP e as condições de insalubridade e violação de direitos de sua população. Após vistoria em 2003, o HCTP sofreu intervenção do Ministério Público, através de Termo de Ajustamento de Conduta (TAC), que estabeleceu condições referentes à estrutura física e equipamentos, à atenção a saúde e à regularização de pendências judiciais, com o objetivo de adequar o estabelecimento ao ordenamento jurídico e às diretrizes da reforma psiquiátrica. O termo teve como signatários o Ministério Público, a Secretaria de Justiça e Direitos Humanos e a Secretaria da Saúde (VIANA, 2008).

O HCTP da Bahia também foi a unidade selecionada para a filmagem do documentário “A casa dos mortos” (DINIZ, 2009). O filme tem o mesmo nome do poema de Bubu, um dos homens que cumpria medida de segurança na unidade e que já passou por sucessivas reinternações. A narrativa do documentário se baseia nos três atos do poema de Bubu e em três personagens do HCTP: Almerindo, que perdeu todos os laços sociais devido à longa internação por um roubo de bicicleta com lesão corporal leve; Jaime, que acabou cometendo suicídio dentro do HCTP; e Antônio, que assim como Bubu, acumulava várias passagens pela unidade. O documentário conseguiu chamar a atenção para a realidade

invisibilizada dos HCTPs e de suas populações, alheios aos avanços e conquistas da reforma psiquiátrica.

Os estudos posteriores à intervenção do Ministério Público demonstram que alguns dos problemas apontados em 2002 continuavam presentes mesmo após a assinatura do TAC. O HCTP da Bahia continua sendo um espaço de violação de direitos humanos das pessoas em medida de segurança, sem garantir seus direitos fundamentais ou incorporar os princípios da Lei 10.216/01 (DINIZ, 2013, 2009; ANIS, 2010; CORREIA, 2007; BRASIL, 2011a, 2002, 2001). De acordo com a Resolução nº 5 de maio de 2004 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2004), que propõe diretrizes para a execução das medidas de segurança, adequando-as a Lei 10.216/01, os pacientes inimputáveis deverão ser objeto de política intersetorial específica, de forma integrada com as demais políticas sociais, envolvendo as áreas de justiça e saúde e congregando os diferentes atores e serviços que compõem a rede.

No que tange à problemática da interface entre crime e loucura, os princípios da Lei da Reforma Psiquiátrica não alcançaram a população em medida de segurança, apesar dos avanços normativos e de projetos pioneiros em alguns estados do país (BARROS-BRISSET, 2010; MISSAGGIA, 2010; SILVA, 2010). De acordo com o Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (BRASIL, 2005), o exame crítico e intersetorial dos conceitos de inimputabilidade, medida de segurança e periculosidade, assim como a busca da superação do modelo tratamento/custódia por meio da articulação entre os atores da saúde e da justiça são componentes essenciais para a mudança das práticas na assistência ao louco infrator.

A investigação da reinstitucionalização na execução das medidas de segurança em casos de recidiva e reinternação realizada nessa dissertação pode nortear ações intersetoriais entre os atores da política de saúde e da justiça e colaborar para a visibilidade e igualdade das pessoas em medida de segurança no acesso à justiça durante sua custódia pelo Estado. Os resultados dessa pesquisa podem motivar iniciativas e políticas públicas que consigam garantir e respeitar seus direitos humanos, além de contribuir com o debate para o avanço da reforma psiquiátrica no Brasil.

## 5 ANÁLISE DOS DADOS

### 5.1 Metodologia

Este projeto teve como metodologia a pesquisa qualitativa. A técnica de pesquisa adotada foi a análise documental. As fontes documentais foram os dossiês levantados pela pesquisa 'Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança', realizada pela Anis — Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero — por meio do projeto Pensando o Direito, da Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça (SAL/MJ). O projeto teve como objetivo analisar a execução das medidas de segurança nos estados da Bahia, Goiás e Minas Gerais; foi aprovado por comitê de ética em pesquisa e teve autorização e financiamento do Ministério da Justiça (ANIS, 2010). Os dossiês podem ser entendidos como as pastas de informação da unidade, uma para cada pessoa internada, em que constam os documentos de registro na instituição, peças jurídicas, laudos e exames psiquiátricos, relatórios de acompanhamento, e demais informações necessárias para o cumprimento da medida de segurança. Os prontuários médicos ou de acompanhamento cotidiano pelos profissionais de saúde não estão incluídos nos dossiês.

A análise de fontes documentais é considerada secundária quando analisa dados levantados por outras pesquisas ou dados produzidos para outros propósitos que não os de pesquisa (FLICK, 2013). Os dossiês que foram utilizados como fontes documentais foram coletados no segundo semestre de 2010 pela pesquisa Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança, por equipe em que fui integrante (ANIS, 2010). A pesquisa desenvolvida nessa dissertação é um desdobramento desse estudo, mas com um objetivo diferente: estudar em profundidade os casos de recidiva e reinternação das pessoas em medida de segurança no HCTP da Bahia.

A análise de documentos secundários deve levar em consideração quem os produziu e quais as finalidades originais dos documentos: a maneira como os documentos são concebidos é parte do seu significado e a forma que são apresentados influencia os efeitos que serão produzidos pelos documentos. Documentos oficiais permitem conclusões sobre o que os autores ou instituições fazem, pretendem fazer ou avaliam. Mas por serem produzidos com certos propósitos podem apresentar questões de forma limitada (FLICK, 2013). Os documentos nos dossiês das pessoas em medida de segurança, por serem documentos oficiais e administrativos, também apresentam limitações. Entretanto, a característica lacunar do

documento de arquivo não é suficiente para desqualificá-lo como fonte de elaboração teórica e análise do real (DIDI-HUBERMAN, 2012).

Os dossiês de pessoas internadas em HCTPs contêm documentos centrais para a execução da medida de segurança. Sentenças, laudos psiquiátricos e peças documentais apresentadas ao judiciário são documentos com efeitos importantes para a internação ou desinternação em um manicômio judiciário. Para Foucault (2010), os discursos não são apenas conjuntos de signos, mas práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Os documentos dos HCTP apresentam os discursos penais e psiquiátricos que sustentam a execução das medidas de segurança, e suas análises podem trazer dados importantes sobre a reinstitucionalização de pessoas em HCTPs.

Além disso, a população de um ECTP é uma população vulnerável. Para Wendy Rogers e Angela Ballantyne (2008), a vulnerabilidade tem muitas fontes e a pesquisa com populações vulneráveis deve levar em consideração o risco significativo de danos para os participantes e utilizar uma metodologia apropriada para proteger a segurança física, emocional e psicológica da população. Assim, as informações foram coletadas nos dossiês de forma anônima, garantindo sigilo e confidencialidade aos sujeitos pesquisados e respeitando sua vulnerabilidade. Além disso, o projeto ao qual esta pesquisa se vincula já foi avaliado em Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as normas de revisão ética vigentes no país (BRASIL, 1996).

Em 2010, das 63 pessoas em medida de segurança no Hospital de Custódia de Salvador, na Bahia, 10 apresentavam casos de reinternação (16%) e 7 de recidiva (11%), totalizando 17 dossiês para análise, o que representa 27% da população em medida de segurança naquele ano. Pelo censo de 2011, havia 50 pessoas em medida de segurança no HCTP da Bahia, dentre as quais 4 com casos de reinternação (8%) e 13 com recidiva (26%) (DINIZ, 2013). A análise de dossiês coletados em 2010 se justifica porque revela aspectos importantes para a compreensão do processo de reinstitucionalização de pessoas em medida de segurança, ao permitir uma comparação com os dados do censo dos ECTPs, realizado em 2011. Além disso, evita alterações que dados coletados em 2012 ou 2013 poderiam apresentar, resultantes da realização do censo ou da divulgação de seus resultados.

Para permitir uma análise comparativa com o censo dos ECTPs, os dados descritos no relatório da pesquisa para o Brasil (DINIZ, 2013) foram rodados novamente, comparando o agregado da população em medida de segurança com recidiva com o agregado da população em medida de segurança sem recidiva, e o agregado da população em medida de segurança

com reinternação com o agregado da população em medida de segurança sem reinternação. Assim, além dos dados e fontes da pesquisa 'Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança' (ANIS, 2010), outra fonte secundária utilizada na análise dos dados foi gerada por meio da pesquisa: 'A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: Censo 2011' (DINIZ, 2013).

Foi realizada uma revisão de literatura nacional e internacional em bases de dados confiáveis, além de uma coleta documental sobre o objeto de estudo, levantando legislações, portarias e documentos oficiais de órgãos da administração pública ou instituições relacionadas ao tema no Brasil. Para a revisão de literatura, foram atualizadas as bases bibliográficas compiladas para a realização das pesquisas Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança, e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil: um estudo censitário (ANIS, 2010; DINIZ, 2013). Além da atualização das bases, armazenadas em arquivos eletrônicos como bibliotecas do programa EndNote, foi realizado um levantamento nacional e internacional dos estudos adicionando as palavras-chave recidiva e reinternação entre os buscadores, no período de 2001 até 2013.

Na segunda etapa, foram coletados os dados a partir da análise documental dos dossiês dos casos de medida de segurança com reinternação ou recidiva. Os dossiês contêm o percurso das pessoas em medida de segurança desde a infração penal até o segundo semestre de 2010, registrado por meio de documentos como peças do inquérito policial, laudo psiquiátrico do incidente de insanidade mental, sentença de determinação da medida de segurança, sentenças de desinternação condicional, exames de sanidade mental apresentados ao juiz da execução penal, ofícios de entrada e saída da instituição, documentos de comunicação entre o HCTP e a vara de execução da medida de segurança, relatórios, registros administrativos, entre outros. São dossiês abertos, já que novos documentos podem ter sido adicionados após a data em que as cópias foram realizadas, e cronológicos, pois são organizados cronologicamente (CUNHA; CAVALCANTI, 2008).

Após a leitura integral dos dossiês, totalizando 4.478 páginas para análise, a coleta de dados foi feita por um instrumento fechado e aberto<sup>4</sup>, construído eletronicamente pelo GoogleDocs®. Antes da coleta, foi realizado um pré-teste do instrumento em um dossiê de recidiva e em um de reinternação, que resultou em alterações no instrumento inicial. Para David Silverman (2009), alguns tipos de medidas quantitativas podem ser apropriados em

---

<sup>4</sup> O instrumento de coleta de dados está no anexo do projeto.



pesquisas qualitativas, como forma de localizar os resultados em um contexto mais amplo ou selecionar uma amostra para observação em profundidade de uma questão-chave. Assim, as questões fechadas do instrumento de coleta de dados permitiram a contextualização dos resultados com os dados do censo e as questões abertas levantaram elementos guia para uma análise em profundidade dos casos de recidiva e reinternação.

Na coleta de dados, foram levantadas informações como sexo, naturalidade, escolaridade, idade, profissão, situação familiar, infração penal, data da sentença, data das internações, diagnóstico, entre outros indicadores. Os dados foram coletados em três eixos principais — informações psiquiátricas, jurídicas e sociais — com o objetivo de identificar questões que pudessem estar relacionadas à reinstitucionalização e acesso à política de saúde mental em medidas de segurança com casos de recidiva e reinternação.

Na terceira etapa, foi realizada a análise dos dados por meio de codificação para as questões abertas e tabulação para as questões fechadas do instrumento de coleta de dados. Apesar da descrição metodológica em etapas, nem sempre esses processos foram lineares, exigindo idas e vindas constantes entre os dossiês e os instrumentos durante a análise. Além desses procedimentos, para guiar a análise qualitativa dos dossiês, foi utilizada uma linha do tempo, que organizava cronologicamente os dados da trajetória penal-psiquiátrica descrita nos documentos.

A codificação é o processo que permite a categorização de segmentos de dados com uma denominação concisa, uma classificação que categoriza, resume e representa cada parte dos dados para iniciar uma interpretação analítica (CHARMAZ, 2009). Já a tabulação foi simples ou cruzada, a depender da intenção de análise (GIL, 2009), realizada no programa Excel®.

A análise dos dados seguiu princípios da teoria fundamentada, na qual a codificação, entendida como as operações pelas quais os dados são fragmentados, conceitualizados e reintegrados de novas maneiras, permite a construção da teoria a partir dos dados (FLICK, 2009). Assim, a divisão em etapas na apresentação da metodologia não implicou uma separação total entre a coleta e a análise dos dados, que exigiu retornos aos dados a partir de questões levantadas pela análise.

## 5.2 Resultados

Em 2010 havia 63 pessoas cumprindo medidas de segurança no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia. A partir da análise dos dossiês de pessoas em medida de segurança foram identificados 17 casos de reinstitucionalização, ou seja, pessoas que foram desinternadas e retornaram ao Hospital de Custódia. Destas, 10 eram casos de reinternação (16%) e 7 de recidiva (11%), totalizando 17 dossiês para análise - o que representava 27% da população em medida de segurança naquele ano. Isso significa que uma em cada quatro pessoas internadas em medida de segurança no ano de 2010 no HCT da Bahia era um caso de reinstitucionalização.

### 5.2.1 Perfil sociodemográfico dos casos de reinstitucionalização

Dos 17 casos de reinstitucionalização no ano de 2010, todos eram homens, apesar do HCT da Bahia receber homens e mulheres. O número de mulheres internadas no HCT-BA era bem inferior ao de homens: havia 12 mulheres, das quais apenas 5 estavam em cumprimento de medida de segurança. As demais faziam parte da população temporária, aguardando exame de sanidade mental ou em tratamento psiquiátrico. Assim, das 63 pessoas em medida de segurança no ano de 2010, 5 eram mulheres — havia uma mulher internada para cada 12 homens internados.

Nos dados do censo dos ECTPs, em 2011, o número de mulheres em medida de segurança no HCT-BA era ainda menor: 2 mulheres e 48 homens — uma mulher internada para cada 24 homens internados. Nos dados nacionais da população em medida de segurança em 2011, a relação aproximada é de 1 mulher para cada 12 homens, a mesma encontrada no HCT-BA em 2010 (DINIZ, 2013).

Mesmo considerando que a população dos ECTPs é majoritariamente masculina, a ausência de mulheres em casos de reinstitucionalização em 2010 no HCT-BA pode indicar uma vulnerabilidade maior de homens para a reinstitucionalização, uma dificuldade maior de desinstitucionalizar egressos de ECTPs masculinos ou, ainda, que o gênero pode desencadear diferentes concepções e discursos sobre periculosidade, com resultados distintos para as trajetórias de pessoas em medida de segurança — principalmente considerando que, apesar das mulheres serem minoria da população dos ECTPs, pelo censo nacional, elas cometem mais homicídios do que os homens (DINIZ, 2013). Entretanto, tais questões só poderiam ser

investigadas com um estudo comparativo entre dossiês femininos e masculinos de pessoas em medida de segurança com casos de reinstitucionalização.

Apesar da ausência de dossiês femininos neste estudo, é importante ressaltar que a execução de medidas de segurança de internação para mulheres no Brasil é muito pouco conhecida, especialmente nos estados em que não há ECTPs, nos quais a execução de medidas de segurança de internação pode existir em situações irregulares como presídios ou delegacias, em conformidade com a Lei 10.216/01 nos serviços de saúde da rede de saúde mental ou nos mais diversos arranjos institucionais. O cruzamento com a loucura ainda pode trazer interfaces mais complexas em temas que já são motivos de violações de direitos para a população carcerária feminina imputável, como acesso à política de saúde da mulher ou gravidez e amamentação durante a restrição de liberdade.

No que diz respeito à nacionalidade, todos os pacientes eram brasileiros, sendo 16 naturais de municípios da Bahia e um natural de um município de Alagoas. Apenas 6 pacientes residiam em municípios diferentes de seus municípios de origem e todos eles eram domiciliados em cidades da Bahia. Esse dado parece reforçar a importância do acesso ao serviço de saúde mental no território. A política de saúde mental se constituiu historicamente no Brasil nos grandes centros urbanos, onde se concentravam os manicômios. Com a reforma psiquiátrica e a política de redução progressiva de leitos, os serviços de saúde passaram a ser mais distribuídos no território. Entretanto, a distribuição dos serviços por região ainda pode configurar uma restrição ao tratamento psicossocial.

Entre os 13 municípios de residência levantados nos 17 dossiês (alguns pacientes tinham municípios de origem em comum), 9 (69%) possuíam menos de 50 mil habitantes pelo censo demográfico de 2010 do IBGE (Brasil, 2010), configurando cidades de pequeno porte. Entre os pacientes, 6 (35,9%) residiam em municípios com maioria da população rural, 5 (29,41%) residiam em municípios com maioria da população urbana, 5 (29,41%) residiam em municípios sem diferenças significativas entre a população rural e a população urbana e um declarou residir em município não encontrado nos dados do censo do IBGE de 2010.

De acordo com a Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, a primeira modalidade do serviço, CAPS I, exige no mínimo 20 mil habitantes para implementação. Isso significa que 8 (61%) dos 13 municípios de residência dos pacientes reinstitucionalizados em 2010 se adequavam aos critérios para ter um CAPS I implantado. Os outros 5 municípios não atenderiam este critério (38%), dependendo da política de saúde mental na atenção básica e de

acesso a CAPS na sua região de saúde ou em municípios vizinhos. Já o CAPS III, único serviço substitutivo da rede de atenção à saúde mental com capacidade para curtas internações, exige mais de 200 mil habitantes para implementação. Dos 13 municípios de residência encontrados nos 17 dossiês, apenas 2, Vitória da Conquista e Salvador, atenderiam a esse critério.

Ainda quanto ao município de residência, 9 (52,34%) pacientes moravam em municípios entre 20 e 50 mil habitantes, 3 (17,64%) em municípios com menos de 20 mil habitantes, 2 (11,76%) em municípios entre 70 e 350 mil habitantes e 2 (11,76%) em Salvador, único município de residência com mais de 2 milhões de habitantes em 2010. Apesar do aumento do número de CAPS em municípios entre 20 e 50 mil habitantes ao longo dos anos, em 2010 apenas 9,18% dos CAPS no Brasil estavam localizados em municípios com menos de 20 mil habitantes e 31,18% em municípios entre 20 e 50 mil habitantes. O indicador de cobertura CAPS para cada 100.000 habitantes no estado da Bahia em 2010 era de 0,81 (BRASIL, 2011). Os dados de município de origem e município de residência nos dossiês de reinstitucionalização indicam que a interiorização dos serviços de saúde mental pode ser essencial para a continuidade do tratamento após a desinstitucionalização.

Considerando apenas o critério de número de habitantes, 9 (69%) dos 13 municípios de residência dos casos de reinstitucionalização estariam aptos a receber algum tipo de CAPS em 2010. Em 2013, apenas um destes municípios não possuía CAPS em seu território, de acordo com dados disponíveis no *site* da Secretaria de Saúde da Bahia. Não foi possível levantar quais destes CAPS funcionavam em 2010. Considerando dados de 2013, 11 (64,7%) dos 17 pacientes reinstitucionalizados residiriam em locais com CAPS e poderiam prosseguir o tratamento na rede substitutiva após a desinternação, sem necessidade de grandes deslocamentos.

Entretanto, na maioria dos casos de reinstitucionalização analisados a primeira internação ocorreu antes dos anos 2000 (64,7%). Apenas 5 dossiês continham informações sobre acesso a serviços de saúde mental anterior à internação em HCTP: 4 (23,52%) dossiês continham informações de internação anterior em hospital psiquiátrico e apenas 1 dossiê continha referência a tratamento anterior em CAPS. Muitas vezes a internação no HCTP pode ter sido o primeiro acesso a serviços de saúde mental, ainda que em um estabelecimento penal, o que pode indicar uma grave violação do direito a saúde e uma grande dificuldade de acesso a serviços de saúde na trajetória de pessoas reinstitucionalizadas em ECTPs. A ausência de dados de tratamentos anteriores na maioria dos dossiês não significa

necessariamente a ausência de acesso a esses serviços, mas também pode indicar pouca comunicação e integração entre os serviços da política de saúde mental e os ECTPs.

A faixa etária dos casos de reinstitucionalização no HCT da Bahia em 2010 variou entre 25 e 73 anos, com idade média de 42 anos. A idade média a época da primeira internação no Hospital de Custódia foi de 27 anos, com a menor idade na primeira internação de 17 anos e a maior de 41. A internação com 17 anos ocorreu em 1986, para tratamento temporário, por falta de local adequado no município de origem. Depois considerada inadequada, o paciente retornou para a comarca, sendo internado novamente no ano seguinte, já com 18 anos. Em 2010, a idade deste paciente era 41 anos. A diferença entre a idade em 2010 e a idade a época da primeira internação variou entre 2 e 41 anos, com diferença modal de 15 anos e média de 14 anos. Enquanto a época da primeira internação 64,7% (11) estavam com menos de 30 anos de idade, em 2010 havia 76,47% (13) entre 30 e 49 anos, sendo a maior concentração na faixa entre 40 e 49 anos: 47,5% (8).

No censo de 2011, 58% dos homens em medida de segurança tinham entre 20 e 39 anos de idade (DINIZ, 2013). Apesar dos dados de faixa etária do HCT-BA em 2010 indicarem uma tendência à reinstitucionalização em faixas etárias superiores a 30 anos, o agregado da idade dos casos de reinternação ou recidiva no Censo de 2011 comparado com o agregado dos casos sem reinstitucionalizações, em todo o país, não apresentou variações significativas de faixa etária. Assim, observando os dados nacionais, faixas etárias mais altas não estão necessariamente relacionadas a sucessivas internações. Entretanto, podem indicar uma ineficiência no processo de desinstitucionalização, que resulta em internações repetitivas ou tempos de internação prolongados em ECTPs. Além disso, o envelhecimento e a perda da capacidade laborativa durante a internação são fatores importantes a serem considerados para uma política de desinternação e ressocialização de egressos de ECTPs.

Nos 17 dossiês analisados, 5 (29,41%) não continham informação sobre religião. Nos demais, 8 (47,05%) se declararam católicos, 2 (11,76%) protestantes e 2 (11,76%) evangélicos. No quesito cor, entre os 17 casos de reinstitucionalização em 2010, 10 (58,82%) eram pardos ou pretos, 6 (35,29%) brancos e 1 (5,88%) dossiê não continha essa informação. Comparando o agregado nacional dos casos de recidiva ou reinternação com o agregado de não recidivantes ou reinternados no país em 2011, não foram observadas diferenças significativas nos quesitos religião e cor com o restante da população em ECTPs. Assim, cor e religião não parecem ser variáveis significativas para a reinstitucionalização em Hospitais de Custódia.

Quanto a escolaridade, apenas 1 (5,88%) entre os 17 pacientes reinstitucionalizados possuíam ensino médio, 2 (11,76%) possuíam ensino fundamental, 4 (23,52%) eram analfabetos e a maior concentração, 10 (58,82%), possuía ensino fundamental incompleto. Além de um perfil de baixa escolaridade, em geral as profissões encontradas em 10 (58,82%) dos dossiês exigem um baixo grau de qualificação profissional ou envolvem condições precárias de trabalho: 2 vendedores, 1 comerciante, 3 lavradores, 3 pedreiros, 1 gesseiro, 1 autônomo, 1 marisqueiro (alguns dossiês apresentavam mais de uma profissão). Além de 4 (23,52%) casos sem profissão, 2 (11,76%) aposentados e 1 (5,88%) estudante. Assim como no censo dos ECTPs, os dossiês de aposentados podem fazer referência aos benefícios do INSS, como o Benefício de Prestação Continuada, por costume impreciso de fazer referência a eles pelo termo aposentadoria (DINIZ, 2013)

Quando comparamos na população nacional em medida de segurança no ano de 2011, o nível de escolaridade dos recidivantes com o agregado dos não recidivantes, e o nível de escolaridade dos casos de reinternação com o agregado dos não reinternados, observou-se uma concentração maior de reinstitucionalizados analfabetos, com fundamental incompleto e com fundamental completo: 91% dos reinternados estavam entre as três categorias mais baixas de escolaridade contra 78% da população não reinternada. Entre os recidivantes, a diferença é menor, 88% contra 82% entre os não recidivantes. Apesar da baixa escolaridade ser uma característica comum ao perfil da população em medida de segurança (DINIZ, 2013), nos casos de reinternação e recidiva ela é mais acentuada.

Comparando os dados sobre profissão entre os casos de recidiva e não recidiva no censo nacional dos ECTPs, foi encontrado um número maior de trabalhadores da produção de bens e produtos industriais entre os recidivantes (31%) em relação ao agregado dos não-recidivantes. Os casos de recidiva também apresentaram um percentual menor de pessoas sem profissão (13%) quando comparados a população não recidivante (17%). Para as demais categorias de profissões (forças armadas, policiais e bombeiros militares; profissionais das ciências e das artes; técnicos nível médio, trabalhadores de serviços administrativos, trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca; trabalhadores em serviços de reparação e manutenção; profissão não listada, aposentados; autônomos e sem informação), não houve diferenças significativas entre os dois grupos.

Comparando a população com casos de reinternação e o agregado nacional da população sem reinternação nos dados do censo dos ECTPs no mesmo quesito anterior

(profissão), encontrou-se um número maior de pessoas sem profissão nos casos de reinternação (20%) em relação aos casos sem reinternação (16%). Para as demais categorias, não houve diferenças significativas. Apesar do baixo grau de qualificação profissional e da baixa escolaridade observados nos dossiês dos casos de reinstitucionalização no HCT-BA em 2010 serem características comuns a toda a população em medida de segurança no Brasil (DINIZ, 2013), a comparação entre os casos de reinternação e recidiva da população nacional em medida de segurança em 2011 e a análise dos dossiês do HCT-BA de 2010 indicam que escolaridade e trabalho podem ser variáveis significativas para a reinstitucionalização em HCTPs.

Quanto ao estado civil dos casos de reinstitucionalização no HCT-BA em 2010, 15 (88,23%) eram solteiros, 1 separado e 1 amasiado. Dois pacientes tinham filhos de relacionamentos anteriores, mas de acordo com os relatórios do serviço social nos dossiês, nenhum recebia visita da ex-companheira ou dos filhos. O percentual de 2010 entre os reinstitucionalizados é próximo ao encontrado em 2011 no HCT-BA, quando 90% da população em medida de segurança era solteira (DINIZ, 2013). Comparando o agregado nacional dos casos de recidiva com os sem recidiva e dos casos de reinternação com os não reinternados, não houveram diferenças significativas, sendo este um traço comum a toda a população.

Assim, o perfil sociodemográfico encontrado nos dossiês de reinstitucionalização do HCT-BA no ano de 2010, apesar de algumas variações, não difere do perfil encontrado pelo censo nacional dos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico em 2011. Os internados em ECTPs no Brasil são majoritariamente do sexo masculino, pretos e pardos, com baixa escolaridade e inserção precária no mundo do trabalho (DINIZ, 2013), características que se repetem nos casos de reinternação e reinstitucionalização no HCT da Bahia em 2010.

Essas características sociodemográficas devem ser consideradas pelas políticas de desinstitucionalização de pessoas internadas em ECTPs. Mas também dão pistas da discricionariedade do sistema penal no Brasil, pois parecem estar em conformidade com as interpretações de diminuição do Estados Sociais nas últimas décadas, acompanhado de um aumento de um Estado Punitivo que penaliza os mais pobres (WACQUANT, 2001). Para Wacquant (2001), O estado penal é desenvolvido para responder às desordens geradas pela desregulamentação econômica, dessocialização do trabalho assalariado e pauperização relativa e absoluta de grandes contingentes do proletariado urbano, consequências do

desmantelamento dos Estados Sociais realizado pelas políticas neoliberais de ajuste econômico, a partir do Consenso de Washington.

Apesar da população em medida de segurança apresentar especificidades de seleção e permanência pela interseção entre justiça e psiquiatria, como população de um estabelecimento do sistema penal no Brasil seu perfil sociodemográfico indica estar em conformidade com um contexto mais amplo de criminalização da miséria e punição dos pobres. Essa punição da miséria se torna ainda mais perversa se considerarmos que as pessoas portadoras de transtornos mentais em ECTPs podem apresentar um histórico comum de dificuldade de acesso as políticas de saúde mental e ao tratamento psicossocial. Nos 17 dossiês analisados, 4 (23,52%) possuíam histórico de internação anterior em hospital psiquiátrico e apenas 1 dossiê continha informação de que o paciente frequentava CAPS antes da internação em HCTP. Os outros 12 dossiês não continham referência a tratamentos anteriores à internação, nem em CAPS ou em hospitais psiquiátricos.

### 5.2.2 Perfil e percurso penal psiquiátrico dos casos de reinstitucionalização

Dos 17 dossiês analisados, nenhum apresentava condenações ou cumprimento de pena anterior às medidas de segurança e nenhuma reinstitucionalização ocorreu em medida de segurança com conversão de pena. No censo de 2011, não foram identificadas pessoas com medida de segurança por conversão de pena no HCT-BA, mas entre a população temporária 14 pessoas, oriundas de presídios ou penitenciárias, estavam internadas para realizar tratamento psiquiátrico. Já na população nacional, 56% das pessoas em medida de segurança por conversão de pena haviam cometido infração penal anterior, contra 25% da população em medida de segurança (DINIZ, 2013). A ausência de dossiês desse tipo pode ser uma especificidade da unidade de Salvador, e impossibilitou a comparação entre casos de medida de segurança e casos de medida de segurança por conversão de pena nos dossiês de pessoas reinstitucionalizadas.

Dos 17 dossiês de pessoas reinstitucionalizadas no HCT-BA, cumprindo medida de segurança no ano de 2010, 10 (58,82%) foram classificados como reinternação, quando a internação ocorreu dentro do período de 1 ano de desinternação condicional, e 7 (41,17%) foram classificados como recidivas, quando a reinstitucionalização ocorreu por nova sentença de medida de segurança. Em 4 casos de recidiva, houve reinternação durante a execução das medidas de segurança anteriores. Considerando que o total da população em medida de



segurança no Hospital de Custódia e Tratamento da Bahia no ano de 2010 era de 63 pessoas, os casos de recidiva e reinternação representavam 11,1% e 15,9% da população naquele ano.

Entre os 17 homens reinstitucionalizados, 15 (88,23%) cumpriam medida de segurança de internação, 1 estava em medida de segurança ambulatorial e 1 dossiê estava sem informação. O cumprimento de medida ambulatorial em regime de internação em HCTPs é incomum, mas no censo nacional dos ECTPs foram encontradas 39 pessoas da população em medida de segurança nesta situação, o que equivalia a 1% da população total em medida de segurança nos ECTPs em 2011. Entretanto, mesmo sendo um número pequeno, é significativo, pois são pessoas que poderiam estar em liberdade, sendo acompanhadas em regime ambulatorial, ainda que no HCTP, por meio de visitas periódicas. No HCT-BA, o caso de medida ambulatorial cumprida em regime de internação é importante, porque dentre os casos de reinstitucionalização analisados, vários pacientes desinternados continuaram o tratamento ambulatorial durante a desinternação condicional no próprio HCT.

A análise desse dossiê revelou que após o falecimento do pai e da mãe do paciente, o juízo da comarca de origem alegou falta de local adequado para receber o paciente. Entretanto, mesmo na época em que os pais ainda estavam vivos, a falta de tratamento adequado na comarca de origem foi utilizada como argumento para a internação do paciente para tratamento psiquiátrico no HCT-BA. Além disso, dois exames de sanidade mental, realizados para dois incidentes de sanidade mental de medidas de segurança diferentes, já continham indicação de tratamento ambulatorial pelo perito: um realizado em 1995, e outro realizado a época da primeira medida de segurança, em 1987. Em 2010, o paciente possuía sentença de desinternação e medida de segurança extinta.

Esse caso, apesar de raro, ilustra como discursos de periculosidade (presumida pela legislação penal da medida de segurança) podem encobrir processos de omissão do setor público, violações de direitos e falha na garantia de tratamento aos portadores de sofrimento mental. As múltiplas internações, interpretadas por defensores desse sistema psiquiátrico-penal como justificativa para a internação e exclusão em ECTPs pela necessidade de defesa social, podem ser resultado do próprio funcionamento do modelo psiquiátrico-penal brasileiro, e não de características individuais atribuídas aos portadores de sofrimento mental, como a periculosidade e o diagnóstico psiquiátrico.

Das 17 medidas de segurança com casos de reinstitucionalização no HCT-BA, em 2010, 5 (29,41%) possuíam sentença de desinternação e 5 (29,41%) possuíam medida de segurança extinta. Considerando os dossiês que possuíam as duas sentenças, de desinternação

e extinção, no total 6 (35,9%) pessoas permaneciam em restrição de liberdade, apesar de terem sentenças de extinção da medida ou desinternação condicional. No censo dos ECTPs de 2011, 26% das 50 pessoas em medida de segurança no HCT da Bahia estavam com sentença de desinternação, segundo maior número entre as 26 unidades do país, junto com a unidade de Alagoas. Nos outros estabelecimentos do país, 6% das pessoas em medida de segurança estavam com sentença de desinternação. Já os casos de medida de segurança extinta representavam 8% da população em medida de segurança do HCT-BA, e 2% nos demais estabelecimentos do país (DINIZ, 2013).

Entre os 17 dossiês analisados, 6 (35,29%) pessoas estavam com laudos atrasados. Considerando que não há como saber se os pacientes com laudos atrasados estão com a periculosidade cessada e que os laudos de cessação devem ser feitos anualmente após o tempo mínimo estabelecido para a medida de segurança, isso significa que entre laudos em atraso, sentenças de desinternação e medidas extintas, 8 (47%) dos 17 pacientes internados em 2010 com casos de reinstitucionalização poderiam estar internados sem justificativa legal.

No censo dos ECTPs de 2011, 22% das 50 pessoas em medida de segurança no HCT da Bahia estavam com laudo de cessação de periculosidade atrasado, número inferior ao encontrado nas demais unidades: 41%. Entretanto, em 20% dos dossiês não foi possível levantar esse dado, enquanto nas demais unidades apenas 8% estavam sem informação (Diniz, 2013). O alto percentual de pessoas em medida de segurança com sentença de desinternação no HCT-BA e o número reduzido de atraso nos laudos de cessação de periculosidade comparados aos demais estabelecimentos do país podem indicar uma menor morosidade do sistema penal-psiquiátrico na Bahia ou uma dificuldade maior de desinstitucionalização das pessoas internadas em HCTP no estado.

Dos 17 casos de reinstitucionalização no HCT-BA cumprindo medida de segurança em 2010, apenas 1 dossiê não continha informação sobre a sentença. Nos demais, 2 (11,76%) sentenças não definiram tempo mínimo para a medida de segurança (indeterminado), 1 (5,88%) sentença definiu 6 meses, 4 (23,52%) sentenças definiram 1 ano, 3 (17,64) sentenças definiram 2 anos e 6 (35,29%) sentenças definiram 3 anos de prazo mínimo. Assim, 29,41% das sentenças tinham prazo mínimo da medida de segurança imposta de até 1 ano, e 52,4% das sentenças tinham prazo mínimo entre 2 e 3 anos. Das duas sentenças indeterminadas, apenas uma era posterior à Lei 10.216/01. Considerando todas as sentenças, 6 (35,29%) eram anteriores à Lei 10.216/01 e 10 (58,82%) eram posteriores — um dossiê não continha essa informação. Todas as sentenças consideraram os pacientes como inimputáveis.

Em relação às infrações penais dos 17 casos de reinstitucionalização analisados, havia 2 (11,76%) contravenções penais, 1 (5,88%) crime contra a administração pública, 1 (5,88%) crime contra a dignidade sexual, 3 (17,64%) crimes contra a honra, 2 (11,76%) crimes contra a liberdade individual, 3 (17,64%) crimes contra o patrimônio, 4 (23,52%) lesões corporais e 9 (52,94%) crimes contra a vida — sendo 5 (29,41%) homicídios e 4 (23,52%) tentativas de homicídio. Em seis dossiês, os indivíduos haviam cometido mais de uma infração para a medida de segurança atual. Os crimes contra a vida foram maiores entre os casos de reinternação (7) do que entre os indivíduos com recidiva (2), sendo que nos casos de recidiva foram encontradas apenas tentativas de homicídio.

Já as infrações penais das medidas de segurança anteriores encontradas para os casos de recidiva foram 10 crimes contra a vida (2 homicídios e 8 tentativas de homicídio) e 3 lesões corporais. Nenhuma recidiva foi em infração de homicídio e a única recidiva em crime contra a vida foi tentativa de homicídio. Em quatro casos de recidiva, também houve reinternações nas medidas anteriores, todas em medidas de segurança relacionadas às infrações de crimes contra a vida.

Assim, analisando as infrações dos 17 casos de reinstitucionalização internados em medida de segurança no HCT-BA em 2010, parece haver uma tendência maior à reinternação de pacientes que cumprem medidas por crimes contra a vida. Essas reinternações podem indicar uma dificuldade maior de desinstitucionalização de egressos de HCTP com histórico de crimes contra a vida. Essa hipótese pode estar relacionada à constatação do censo de 2011 de que a maior parte dos crimes contra a vida cometidos por pessoas em ECTPs acontece na família (DINIZ, 2013). Nos 17 dossiês analisados, a maioria das vítimas (52,94%) foram os pais (pai, mãe ou padrasto), seguidos de irmão ou irmã (23,52%), avô ou avó (11,76%) e tios ou sobrinhos (11,76%). Nos 11 (64,7%) dossiês com infrações cometidas contra a família, em 6 (55%) os crimes cometidos foram crimes contra a vida, sendo 4 em dossiês de reinternação e 2 em dossiês de recidiva.

Entretanto, analisando os dados do censo nacional de 2011, em relação a crimes na família, na população em medida de segurança no país, os indivíduos com recidiva ou reinternação cometem menos crimes na família quando comparados aos demais. Isso enfraquece a hipótese de que o cometimento de crimes na família é um fator determinante para as reinstitucionalizações. Apenas 18% dos indivíduos com recidiva cometeram crime contra vítimas da família, enquanto nos indivíduos sem recidiva esse percentual foi 30%. Nos recidivantes 39% dos que mataram ou tentaram matar o fizeram contra um membro da

família, enquanto na população não recidivante esta proporção foi de 46%. Nos reinternados, 19% dos indivíduos cometeram crimes contra vítimas da família, enquanto para os não reinternados 28% cometeram crimes contra familiares. Nos reinternados, 36% dos que mataram ou tentaram matar o fizeram contra um membro da família. Para os não reinternados, essa proporção foi de 46%.

Nos 17 casos de reinstitucionalização analisados, a maioria das infrações foram crimes contra a vida (52,94%), seguidas por lesões corporais (23,52%) e crimes contra a honra (17,64%). Isso poderia reforçar a hipótese de que pessoas reinstitucionalizadas cometem mais homicídios, o que seria indicativo de sua periculosidade. Entretanto, ao compararmos os dados dos 17 dossiês analisados com os dados nacionais do censo dos ECTPs, essa afirmação não se sustenta. Nas infrações das medidas de segurança dos casos de recidiva, 51,2% são crimes contra o patrimônio e 28,6% crimes contra a vida, sendo que entre as medidas de segurança dos não recidivantes os crimes contra o patrimônio são 24,2% e os crimes contra a vida são 50,3%. O total de indivíduos que mataram representou 26% entre os casos de recidiva e 48% entre os não recidivantes.

Comparando nos dados nacionais os casos de reinternação, os resultados são similares: 42,77% das infrações das medidas de segurança de reinternação são crimes contra o patrimônio e 34,59% são crimes contra a vida, enquanto entre as medidas de segurança sem reinternação 30,36% das infrações são crimes contra o patrimônio e 45,39% das infrações são crimes contra a vida. O total de indivíduos que mataram representou 33% entre os casos de reinternação e 43% entre os não reinternados.

Assim, analisando os dados nacionais da população em medida de segurança, os casos de reinternação e recidiva cometem menos crimes contra a vida e matam menos do que o restante da população em medida de segurança. Isso sugere que a reinstitucionalização não é indicativa de periculosidade. Ou ainda, que a infração penal não é determinante para a reinstitucionalização. A grande incidência de crimes contra a vida nos dossiês dos casos de reinstitucionalização do HCT-BA em 2010 pode ser uma especificidade dessa unidade naquele ano ou uma característica do sistema psiquiátrico-penal no estado da Bahia.

Quanto ao número de internações em HCTP, nos 17 dossiês analisados, dois tinham 2 internações (11,76%), três tinham 3 internações (17,64%), seis tinham 4 internações (35,29%), um tinha 5 internações (5,88%), três tinham 7 internações (17,64%) e um tinha 11 internações (5,88%). A média de internações dos casos de reinstitucionalização foi de 4,5. O número de internações dos casos de recidiva foi de 2 vezes em 2 dossiês, 4 vezes em 2 dossiês

e 7 vezes em três dossiês, com média de 4,7 internações. Nos casos de reinternação, um dossiê continha 5 internações, 4 dossiês continham 3 internações, 4 dossiês continham 4 internações e 1 dossiê continha 11 internações. A média do número de internações para os casos de reinternação foi de 4,4.

Analisando os dados nacionais do censo dos ECTPs, o número de internações nos casos de recidiva foi 45% com duas ou mais internações e 54% com uma internação, o que pode significar que na maioria dos casos de recidiva a constatação de inimputabilidade ocorreu apenas na segunda infração ou que o processo penal da primeira infração foi concluído já durante o cumprimento da medida de segurança. Já para os casos de reinternação, 53% tinham duas internações, e 24% tinham três ou mais internações.

Nos 17 dossiês analisados, o ano da última internação variou entre 1989 e 2010, com moda no ano de 2008. Dos 17 casos de reinstitucionalização, 7 (41,17%) possuíam data da última internação no HCT-BA anterior à Lei 10.216/01 e 10 (58,82%) possuíam data da última internação posterior à lei. Para os indivíduos com casos de reinternação, 6 possuíam data da última internação anterior à Lei 10.216/01, e 4 possuíam data da última internação posterior à lei. Para os casos de recidiva, apenas um indivíduo possuía data da última internação anterior à lei, os outros 6 dossiês foram internados depois da vigência da lei.

A duração média da medida de segurança nos 17 dossiês foi de 9 anos. Uma medida de segurança tinha até 1 ano (5,88%), 6 medidas tinham entre 1 a 3 anos (35,29%), 3 medidas tinham entre 6 a 10 anos (17,64%), 3 medidas tinham entre 11 a 15 anos (17,64%), 3 medidas tinham entre 16 e 20 anos (17,64%) e uma medida tinha extensão entre 21 a 25 anos (5,88%). Utilizando o critério de longas internações acima de 15 anos do estudo Loucura e direito penal: uma análise crítica das medidas de segurança (ANIS, 2010), 41,17% dos casos de reinstitucionalização cumprindo medida de segurança no HCT-BA em 2010 estavam em longas internações.

Nos dados nacionais de 2011 do censo dos ECTPs, a duração média da medida de segurança dos casos de recidiva foi de 6,6 anos, contra 6,2 anos entre os casos sem recidiva. Já comparando a população reinternada com a não-reinternada, a duração média entre a primeira foi 10 anos, contra 6 anos de duração média para os não reinternados. Havia uma concentração de 49% dos casos de recidiva com duração da medida de segurança nas faixas entre 1 a 5 anos, equivalente à concentração dos não recidivantes, em que a maior concentração (47%) também estava na faixa entre 1 a 5 anos. Já os casos de

reinstucionalização tinham maior concentração (44%) na faixa entre 6 e 15 anos, enquanto na população não reinternada a maior concentração (49%) estava na faixa entre 1 e 5 anos.

Os dados acima parecem indicar que casos de reinternação tendem a ter maior duração das medidas de segurança. Analisando os 17 dossiês de casos de reinstucionalização cumprindo medida de segurança no HCT-BA em 2010, foi possível mensurar o tempo total de internação no HCTP, considerando a soma de todas as internações e as datas de entrada e saída. Somando todas as internações, 5 pacientes passaram entre 1 e 3 anos internados, 2 passaram entre 6 e 10 anos internados, 4 passaram entre 11 e 15 anos internados, 2 passaram entre 16 e 20 anos internados e 3 passaram entre 21 e 25 anos internados.

Considerando o tempo total de internações e o tempo decorrido entre a primeira internação e o ano de 2010, 7 pacientes passaram mais de 80% do tempo internados no HCTP, 4 passaram entre 60% e 79% do tempo internados, 1 passou mais que 50% do tempo internado, 3 passaram entre 30% e 49% do tempo internados e apenas 1 paciente passou menos que 30% desse tempo internado. Levando em consideração que os períodos em que o paciente não esteve internado não equivalem a períodos sem restrição de liberdade, já que o tempo em penitenciárias, prisões ou delegacias não foi computado (apenas as datas de entrada e saída do HCT-BA), o percentual de tempo de restrição de liberdade entre a primeira internação e ano de 2010 pode ser ainda maior que os encontrados para o tempo total de internação em HCTP.

Assim, a maioria dos pacientes com casos de reinstucionalização do HCT-BA passaram vários anos institucionalizados, interrompidos por breves períodos de desinstitucionalização ou de restrição de liberdade em outros estabelecimentos. Em 10 (58,82%) dossiês, foram impetrados *habeas corpus* pela defensoria pública, por constrição ilegal, irregularidades na execução da medida de segurança ou excesso de duração da internação se comparada ao tempo máximo de pena em abstrato do crime equivalente à infração da medida de segurança. Em apenas 3 dossiês os *habeas corpus* impetrados resultaram em alvarás de soltura.

Quanto aos diagnósticos psiquiátricos nos 17 dossiês analisados, eles foram classificados nas mesmas categorias utilizadas pelo censo dos ECTPs (Diniz, 2013). Assim, 9 pacientes (52,94%) receberam diagnósticos de esquizofrenia, 5 pacientes (29,41%) receberam diagnósticos de retardo mental, 1 paciente recebeu diagnóstico de transtorno afetivo, 1 de transtorno de personalidade e 1 de transtorno mental devido ao uso de álcool e outras drogas. A maioria dos diagnósticos de retardo mental ocorreram nos dossiês de recidiva, enquanto a

maior parte dos diagnósticos de esquizofrenia ocorreram nos dossiês de casos de reinternação. Entretanto, o número de dossiês não permite inferir relação entre determinados diagnósticos e a probabilidade de recidiva ou reincidência, nem é essa a intenção deste estudo. Além disso, os dados do censo indicam que não há periculosidade inerente a diagnósticos psiquiátricos (DINIZ, 2013).

Comparando os dados nacionais do censo dos ECTPs, a distribuição dos diagnósticos dos casos de recidiva acompanhou a proporção dos diagnósticos da população sem recidiva, com exceção dos diagnósticos de esquizofrenia e transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas. Na população com recidiva, 33% tinham diagnóstico de esquizofrenia e 17% de transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, e na população sem recidiva 45% tinham diagnóstico de esquizofrenia e apenas 9% de transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas. Na população com reinternação, a distribuição dos diagnósticos não teve diferença significativa dos diagnósticos da população sem reinternação, com maior concentração de esquizofrenia (43%), retardo mental (18%) e transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas (14%).

Por fim, foram levantados os motivos da última reinstitucionalização nos HCT-BA. Nos casos de recidiva, a reinstitucionalização se deu por novo delito e cumprimento de medida de segurança de internação. Nos casos de reinternação, em que a internação ocorreu durante o período de desinternação condicional, foram encontrados um dossiê com reinternação justificada com novo delito, um dossiê com reinternação por comarca de origem não ter como manter o tratamento ambulatorial e 8 dossiês com reinternação por descumprimento de salvo-conduto.

O salvo-conduto no estado da Bahia é o documento que contém as condições da desinternação condicional impostas pelo juiz. Pela Lei de Execuções Penais, essas condições são as mesmas do livramento condicional, podendo ser de imposição obrigatória ou facultativa. As obrigatórias são obter ocupação lícita, dentro de prazo razoável se for apto para o trabalho; comunicar periodicamente ao Juiz sua ocupação; e não mudar do território da comarca do Juízo da execução, sem prévia autorização deste. Além disso podem ser impostas, entre outras obrigações, condições como não mudar de residência sem comunicação ao Juiz e à autoridade incumbida da observação cautelar e de proteção; recolher-se à habitação em hora fixada; não frequentar determinados lugares.

Dentre os 8 dossiês com reinternação por descumprimento de salvo-conduto, os motivos interpretados como descumprimento das condições impostas foram nova infração (3

dossiês), requisição de familiares (3 dossiês), medida de segurança para o paciente e a comunidade por comportamento agressivo (1 dossiê), estar tendo surto psicótico (1 dossiê), abaixo-assinado da comunidade (1 dossiê), abandono de tratamento (4 dossiês) e para reavaliação da saúde mental (1 dossiê). O mesmo dossiê poderia conter mais de uma razão para reinternação por descumprimento do salvo-conduto. A requisição de familiares se deu por meio de registros de boletins de ocorrência ou queixas em delegacias, que foram citadas pelos juízes da comarca de origem ao comunicar decisão de reinternação por descumprimento de salvo-conduto. O abandono de tratamento é interpretado a partir dos documentos policiais, entre testemunhos de familiares e terceiros e ofícios do delegado sobre não uso da medicação.

As trajetórias dos pacientes reinstitucionalizados no HCT-BA mostram que a ausência de suporte para o tratamento psicossocial, a falta de apoio familiar (seja pela ausência de vínculos familiares ou pela resistência dos familiares em receber pacientes que cometeram crimes na família) e a resistência da comunidade em conviver com pessoas estigmatizadas como perigosas são obstáculos para a desinstitucionalização de pessoas de HCTPs. Os resultados parecem ser similares com os fatores encontrados por Moscatello (2001) em pacientes com recidiva: ausência de suporte psiquiátrico, rejeição familiar e abuso de álcool e drogas.

### 5.2.3 Discursos de periculosidade

Na documentação dos dossiês, observou-se que os discursos sobre periculosidade aparecem em documentos que podem ser agrupados em três classes: médico-forenses (exames de sanidade mental, relatório e laudo de cessação de periculosidade), jurídicos (sentença de medida de segurança, sentença de desinternação condicional, decisão judicial de reinternação, ofício da comarca/juízo de origem, outras peças processuais e *habeas corpus*) e policiais (boletins de ocorrência, registro de queixas, ofícios da delegacia, termo de prisão em flagrante). A periculosidade não era encontrada apenas como fundamento legal — ela é uma estratégia discursiva entre os atores do processo para acionar mecanismos de internação/desinternação. Ela fundamenta juridicamente a execução das medidas de segurança, mas também permite, por meio de uma série de mecanismos, que o sistema médico-penal funcione como uma tecnologia de vigilância do portador de sofrimento mental.

A noção de indivíduo perigoso que permitiu justificar e fundar teoricamente uma cadeia de instituições médico judiciárias no século XIX (Foucault, 2010b), continua a



justificar sua existência no século XXI, mas os efeitos de seus mecanismos ganharam outro sentido. Os discursos de periculosidade permitem à psiquiatria forense ignorar os princípios da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, hoje hegemônicos no campo da psiquiatria e mesmo no campo legal (considerando a Lei 10.216/01), pois suas práticas se relacionam não ao portador de sofrimento mental comum, mas ao louco perigoso. O direito, por sua vez, permite que as internações contínuas sejam justificadas não no campo da psiquiatria, mas no campo do direito, onde longas internações são fundamentadas como medidas de defesa social. O direito penal permite que a psicologia forense mantenha práticas já não mais aceitas no campo das políticas públicas de saúde mental.

Para Foucault (2013), a periculosidade na criminologia e teoria da penalidade do século XIX significa que o indivíduo é considerado pelas suas virtualidades e não por seus atos: não é a violação de uma infração específica que é efetivamente julgada, mas as virtualidades de comportamento que estariam implicadas nessa infração. Os discursos jurídicos presentes nos dossiês mostram que no século XXI a periculosidade ainda funciona como pressuposto de enunciados que tentam justificar a reinternação no HCTP pelos comportamentos apresentados, antes mesmo de uma infração.

Podemos ver a periculosidade como estratégia discursiva no testemunho de familiares ou terceiros em documentos policiais. Primeiro, observou-se uma forte criminalização de comportamentos dos pacientes desinternados, pois a polícia é demandada para resolver qualquer situação, não apenas a ocorrência de novas infrações — a volta de sintomas, mudanças de comportamento, surtos e atitudes indesejadas são relatadas a polícia por membros da comunidade ou familiares, justificando a necessidade de reinternação no HCT-BA. Em um dos dossiês, um representante da prefeitura vai a delegacia registrar que o paciente faz pichações pela cidade, incluindo patrimônio público, e que é perigoso porque é doente mental. Em outro, boletins de ocorrência relatam advogado que reclama ter sido insultado moralmente junto com juiz em panfleto do paciente e policial militar que relata “que pessoas dizem que o paciente está ameaçando pegá-lo”. Em um ofício do delegado ao juiz, é apenas informado que o comportamento do paciente, não especificado, vem deixando a população da cidade “intranquila e temerosa”.

Antes de ser reinstitucionalizado para nova avaliação psiquiátrica, as virtualidades de comportamento já são utilizadas como provas de periculosidade: na ausência de novos crimes, crimes anteriores são levantados pelas testemunhas dos inquiridos, familiares, agentes públicos e juízes como justificativa da periculosidade para a internação. Não tomar remédios

ou mesmo andar pela cidade podem ser interpretados como abandono de tratamento ou comportamento perigoso, justificando a reinternação.

A doença mental, a internação em HCT e o crime cometido para a internação no hospital de custódia são elencados nos discursos das famílias, comunidades e autoridades locais para demonstrar a permanência da periculosidade. A maior parte dos crimes relatados nos boletins de ocorrência dos casos de reinternação eram de ameaça. Já para a cessação da periculosidade, são elencados bom estado psíquico, remissão dos sintomas, condições de desenvolver trabalho útil (este último pelos juízes nas sentenças de desinternação condicional), apoio familiar e condições de continuar tratamento extra-hospitalar para demonstrar a cessação de periculosidade.

De acordo com Foucault (2010b), o exame médico-legal adultera tanto a medicina como o direito, deixando de se vincular ao saber psiquiátrico contemporâneo e fazendo com que o saber psiquiátrico e o poder judiciário se constituam como instâncias de controle do anormal. O exame psiquiátrico dobra o delito qualificado na lei com uma série de comportamentos apresentados como causa do delito, transferindo a aplicação da punição da infração definida pela lei para uma criminalidade apreciada pelo ponto de vista psicológico-moral. Nos dossiês analisados, os laudos de sanidade e cessação demonstram a permanência do exame como instância de controle e gestão de comportamentos, mas que muitas vezes as peças judiciais também realizam o dobramento entre o delito tipificado na lei e os comportamentos apreciados como criminalidade.

Nesse ponto é importante destacar a diferença entre os documentos médicos-psiquiátricos e os documentos jurídicos. Enquanto na interpretação jurídica a cessação da periculosidade indica o fim do perigo que a pessoa apresentava à sociedade e a possibilidade de “encontrar atividade útil”, as conclusões dos laudos de cessação elencam critérios clínicos — “se encontra compensado psiquicamente”, “não apresentou sintomas”, “desde que mantenha tratamento medicamentoso não apresenta periculosidade” — e critérios sociais — “conta com apoio dos familiares”, “familiar receptível”, “apto a retornar ao convívio social, familiar e atividades laborativas” — para indicar a cessação da periculosidade associada a capacidade ou não de prosseguir o tratamento na rede extra-hospitalar.

Ou seja, se para os juízes a cessação da periculosidade significa o fim do risco à comunidade pelo cometimento de novos delitos, para os peritos a cessação significa que não há mais indicação de tratamento hospitalar. Em um dos laudos de cessação de periculosidade, a ausência de condições sociais para a desinternação foi adotada como argumento para a não

cessação da periculosidade. Analisando os laudos de cessação dos dossiês dos casos de reinstitucionalização do HCT-BA, realizados para determinar a cessação ou não da periculosidade, somente 4 dos 46 laudos concluíram pela não cessação da periculosidade (considerando todos os dezessete pacientes em reinstitucionalização e todas as internações).

Apenas 3 dossiês (17,64%) continham laudos que concluíram pela não cessação da periculosidade. Em um deles, a não cessação foi “devido ao quadro social”. Isso significa que 91% dos laudos de cessação realizados nos pacientes reinstitucionalizados foram favoráveis à desinternação. Apesar dos laudos favoráveis, foi encontrado um pequeno número de laudos realizados por paciente: 1 paciente teve 9 laudos (5,88%), 1 paciente teve 5 laudos (5,88%), 3 pacientes tiveram 4 laudos (17,64%), 2 tiveram 3 laudos (11,76%), 4 tiveram 2 laudos (23,52%) e 6 tiveram apenas um laudo (35,29%). A maioria dos pacientes (58,52%) tiveram apenas 1 ou 2 laudos de cessação realizados em todos os períodos de internação.

A quantidade de laudos favoráveis encontrada e a constatação de que a cessação ou não da periculosidade pelos peritos depende muito mais de condições de continuar o tratamento após a desinternação podem indicar que boa parte dos pacientes internados no HCT-BA com casos de recidiva ou reinternação em 2010 poderia cumprir a medida de segurança em regime ambulatorial, desde que lhes fosse garantido o devido acompanhamento psicossocial na rede de saúde. Essa afirmação é fortalecida quando analisados os exames de sanidade mental: em 5 dossiês, havia exames de sanidade mental (realizados durante o incidente de sanidade mental para definir se o paciente era inimputável por doença ou deficiência mental à época do delito) que eram contrários à internação como tratamento, e mesmo assim resultaram em medidas de segurança de internação.

Os discursos jurídicos nos dossiês do HCT-BA se mostraram muito menos permeáveis às interpretações favoráveis a ressocialização e desinstitucionalização do que os discursos psiquiátricos. Quando os psiquiatras se posicionavam abertamente contrários à internação, o uso da periculosidade permitia aos juízes transformar uma interpretação médica de necessidade de tratamento ambulatorial em justificativa legal para a sentença de medida de segurança de internação. Em outros estados, a psiquiatria-forense pode adotar discursos e interpretações mais rígidas e condizentes com o modelo manicomial, enquanto que os juízes demonstram decisões mais permeáveis aos princípios de ressocialização e desinstitucionalização.

Isso significa que os princípios da reforma psiquiátrica devem ser melhor trabalhados juntos aos atores públicos do sistema jurídico-médico-penal, de forma que os direitos da Lei

10.216 possam ser ampliados para a população em medida de segurança. Em um estudo realizado na Inglaterra, Alcock e White (2009) acompanharam durante 3 anos os pacientes de um serviço psiquiátrico forense comunitário, no formato de hospital-dia. No hospital-dia, os pacientes não permanecem internados, sendo acompanhados no serviço mas com residência fora dele, na comunidade ou na família. Os resultados mostraram que a taxa de recidiva de 30% foi similar a encontrada em outros estudos, mas houve melhora significativa na permanência de pacientes na comunidade, quando comparada a outros estudos.

No Brasil, a estratégia de hospital-dia poderia ser pensada como modelo para reorganização dos HCTPs dentro da atual política de saúde mental. Além disso, estratégias de cumprimento de medidas de segurança em consonância com a Lei 10.216/10 já existem em Minas Gerais (PAI-PJ) e no Goiás (PAILI). O PAI-PJ (Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator) é um programa do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, regido pela Portaria Conjunta nº 25/2001 do TJMG, que acompanha os réus em sofrimento mental, mediando tratamento e processo jurídico para a reinserção social, priorizando o tratamento na rede de saúde do SUS. No ano de 2009, havia apenas 2% de recidivas, em crimes de menor potencial ofensivo e contra o patrimônio, e 8% dos casos acompanhados estavam em serviços substitutivos de atenção 24 horas (BARROS-BRISSET, 2010).

No estado do Goiás, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) a partir de 2003 iniciou a execução das medidas de segurança na rede substitutiva de saúde mental, de acordo com o preconizado na Lei 10.216/01 (SILVA, 2010). Em 2010, 59% das pessoas acompanhadas pelo programa residiam com os familiares, 5% residiam sozinhos ou em Serviços de Residência Terapêutica e 15% estavam em internação em clínicas psiquiátricas. Apenas 10% estavam em cadeias ou penitenciárias — situação dos recém ingressos do programa, aguardando a especificação do tratamento para o serviço de saúde definido (ANIS, 2010). Considerando os casos de reinstitucionalização do HCT-BA analisados, boa parte dos pacientes também poderia se beneficiar de programas semelhantes, principalmente reinternações por surtos, abandono de tratamento ou crises agudas, em que o retorno para o HCT implica ao menos 1 ano de internação, se não houver requisição de laudo de cessação antecipadamente.

Os casos de reinstitucionalização no HCT-BA mostram que a articulação com a rede de saúde mental em um estado sem um programa/ator que faça a mediação entre o judiciário e os serviços de saúde pode dificultar o acesso dos pacientes de HCTPs aos serviços

substitutivos. Em apenas 2 dossiês, foram encontrados documentos que informavam tratamento e acompanhamento em CAPS anterior à internação ou durante a desinternação. Em apenas um dossiê havia informação de contato pela equipe do HCT-BA com a coordenação do CAPS frequentado pelo paciente. A articulação entre a rede de saúde mental e o HCT-BA para a continuidade do tratamento ainda é incipiente. O paciente ou a família é que ficam com a responsabilidade de garantir a continuidade do tratamento, responsabilidade que deveria ser garantida pelo Estado.

## **6 CONCLUSÃO**

Os resultados desse estudo demonstram a necessidade de pesquisas mais extensas sobre a população em medida de segurança reinstitucionalizada. Nos dossiês analisados, não é possível apontar um fator determinante para reinstitucionalizações, a não ser a existência de internação anterior. A população reinstitucionalizada no HCT-BA em cumprimento de medida de segurança no ano de 2010 é majoritariamente masculina, preta ou parda, com baixa escolaridade e inserção precária no mercado de trabalho. Apesar dos intervalos de desinstitucionalização, os dossiês apresentaram longos períodos de internação. Mesmo com um número maior de reinternações em crimes contra a vida e 64,7% dos crimes cometidos contra a família nos dossiês do HCT-BA, a reinstitucionalização não é indicativa de periculosidade. Comparando dados nacionais, casos com reinternação ou recidiva cometem

menos crimes contra a vida e menos crimes graves na família do que a população em medida de segurança sem casos de reinstitucionalização.

Considerando a baixa escolaridade, a inserção precária no mercado de trabalho, o estigma da doença mental e a passagem por uma instituição do sistema penitenciário, a reinserção social dos egressos de ECTPs sem uma política efetiva de desinstitucionalização por parte do Estado representa uma omissão do poder público, que ignora a situação de vulnerabilidade e violação de direitos que essa população vivencia — antes, durante e após a internação. A desinternação condicional com forte responsabilização individual ou familiar pela continuidade do tratamento e pouca assistência por parte do Estado opera uma inversão de finalidade, em que a suspensão da internação funciona muito mais como uma tecnologia de vigilância e punição a qualquer tempo do que como forma de acesso à saúde, ressocialização e garantia de direitos.

É necessária política que não signifique apenas uma desinternação progressiva no sentido da responsabilização da família pelo cuidado da pessoa em sofrimento mental, mas uma corresponsabilidade dos serviços de saúde e do poder público pela assistência à saúde mental. Saúde, compreendida, nesse sentido, como direito, em um conceito ampliado de saúde pública, que não ignore o papel dos determinantes sociais nos processos de saúde e adoecimento. Ou seja, uma política de desinstitucionalização capaz de garantir não só o acesso ao tratamento psicossocial, mas direitos humanos e sociais, incluindo habitação, trabalho, educação, assistência social, de forma integrada com outras políticas públicas.

A periculosidade invisibiliza as relações de desigualdade dos portadores de sofrimento mental em conflito com a lei, que permanecem sob uma tutela constante, sempre passíveis de internações sucessivas, muitas vezes sem critérios clínicos ou jurídicos objetivos, que atuam como mecanismos de contenção dos comportamentos tidos como inadequados. Mesmo nos casos de recidiva em que a infração poderia justificar uma resposta penal por parte do Estado, há uma desigualdade crítica entre inimputáveis e imputáveis quando comparamos a execução da pena com a execução da medida de segurança. A resposta do sistema jurídico-penitenciário para a ausência de culpabilidade baseada na doença mental é excessiva quando comparada a resposta aos imputáveis com crimes equivalentes, uma vez que a execução das medidas de segurança pode superar o máximo em abstrato da pena cominada ao delito cometido, levar a longas internações e violar mesmos os direitos mais básicos previstos para a execução das medidas de segurança.

A revisão do estatuto de periculosidade para os inimputáveis e das medidas de segurança como sanção para as pessoas em sofrimento mental, a partir dos preceitos da Lei 10.216/01 e da Constituição Federal de 1988, são uma necessidade há muito tempo identificada, mas ainda não realizada. Apesar disso, a adequação da execução das medidas de segurança prescinde dessa revisão. Experiências inovadoras no país, como o PAILI e o PAI-PJ, mostram que estender os direitos da população em sofrimento mental preconizados pela reforma psiquiátrica e estabelecidos na legislação para os pacientes judiciários é uma tarefa possível e imprescindível para a garantia de direitos dessa população, dentro de uma perspectiva de saúde pública e direitos humanos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOCK, Duncan;WHITE, Tom. Study of the clinical and forensic outcome of admission to a forensic psychiatry day hospital at one, two, and three years. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Volume 20, Issue 1, 2009.

AMARANTE, Paulo. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: Fleury, Sônia (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. 142 p.

ANIS. Relatório de Pesquisa apresentado ao Ministério da Justiça/PNUD, no projeto “Pensando o Direito”, Referência PRODOC BRA 07/004. Brasília: 2010. In: Ministério da Justiça, Secretaria de Assuntos Legislativos – SAL; PNUD; ANIS. *Série Pensando o Direito*, v. 35. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/main.asp?View=%7B329D6EB2-8AB0-4606-B054-4CAD3C53EE73%7D>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. Um Dispositivo Conector – Relato da experiência do PAIPJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. In: *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*, 2010. 20(01). 12 p.

\_\_\_\_\_. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Brasil em contra-reforma*. São Paulo: Cortez, 2003. p. 77-167.

BISNETO, José Augusto. *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez, 2007. 222p.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Promulgada em 5 de out. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 12 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 06 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. *Diário Oficial da União*, 6 de abril de 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 12 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, 12 de dez., 1940. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 12 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, 13 de jul., 1984. 1984a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7210compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210compilado.htm)>. Acesso em: 12 out. 2013

\_\_\_\_\_. Lei nº 7.209, de 11 de julho de 1984. Altera dispositivos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 de jul. 1984. 1984b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm)>. Acesso em 12 fev. 2013.



\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. *Diário Oficial da União*, 13 de out. 1941. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del3689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm)>. Acesso em: 12 de fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Decreto n 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 21 de maio de 2010. 2010a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7179-20-maio-2010-606392-norma-pe.html>>. Acesso em: 02 de fev. 2013.

\_\_\_\_\_. *Resolução nº 5*, de 4 de maio de 2004, Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº10.216/2001. Disponível em: <[http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/cao\\_civel/cadeias/pe\\_legislacao/2004resolu05.pdf](http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/cao_civel/cadeias/pe_legislacao/2004resolu05.pdf)>. Acesso em: 8 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. *Resolução 196*, de 10 de outubro de 1996, Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/Resolucao\\_CNS\\_196.1996/view](http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/Resolucao_CNS_196.1996/view)>. Acesso em: 05 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. *Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/01*. Brasília, 2011a. Disponível em: <[http://ccipfdc.files.wordpress.com/2011/06/parecer\\_final\\_comissao\\_pfdc.pdf](http://ccipfdc.files.wordpress.com/2011/06/parecer_final_comissao_pfdc.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. *Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico: Relatório Final*. Brasília, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rel\\_sem\\_reo\\_hosp\\_custodia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rel_sem_reo_hosp_custodia.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII n. 10. *Informativo eletrônico*. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 8, ano VI, nº8. *Informativo eletrônico*. Brasília: janeiro de 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p.*

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. FUNDACENTRO. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Dossiê: O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador – I. Vol. 35, n. 122, jul/dez 2010b. 202 p.

CARRARA, Sérgio Luis. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2010; 20(1): 16-29.

\_\_\_\_\_. *Crime e Loucura – o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro, EdUERJ; São Paulo, EdUSP; 1998. 228 p.

CARDOSO, Danilo Almeida; PINHEIRO, Jorge Augusto de Medeiros. *Medida de segurança: ressocialização e a dignidade da pessoa humana*. Curitiba: Juruá, 2012. 108p.

CARVALHO, Salo de. *Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial*. São Paulo: Saraiva, 2013.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CFP; OAB. Conselho Federal de Psicologia, Ordem dos Advogados do Brasil. *Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras*. CFP, Brasília, DF, 2004.

CHARMAZ, Kathy. *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272p.

CNPP. Conselho Nacional de Política Penitenciária. *Anais do I Congresso Brasileiro de Política Criminal e Penitenciária*. Brasília, Ministério da Justiça, 1982. Volume 2.

COELHO, Elizabete Rodrigues. *Suicídio de internos em um Hospital de Custódia e Tratamento*. Dissertação de Mestrado em Ciências Criminais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Ciências Criminais da Faculdade de Direito. Porto Alegre, 2006. 157 p.

COELHO, Elizabete R.; AZEVEDO, Fernanda; GAUER, Gabriel J. Chittó; NETO, Alfredo Cataldo. *Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento*. J Bras Psiquiatr. 2009; 58(2):92-96.

COHEN, Claudio. Medida de segurança. In: COHEN, Claudio; FERRAZ, Flávio Carvalho; SEGRE, Marco (orgs.). *Saúde Mental, crime e justiça*. 2 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006. p 123-130.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuário de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. 200 p.

CORREIA, Ludmila Cerqueira; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira; ALVES, Vânia Sampaio. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.9, p. 1995-2002.

CORREIA, Ludmila Cerqueira. *Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito*. Dissertação de Mestrado em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Concentração em Direitos Humanos. João Pessoa, 2007. 174 p.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986. 217 p.

CUNHA, Mario Bastos da; CAVALCANTI, Cordélia Robalinho de Oliveira. *Dicionário de Biblioteconomia e Arquivologia*. Brasília: Briquet Lemos, 2008. 451p.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.12, p. 4701-4706.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992. 284p.

- DESVIAT, Manuel. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167 p.
- DIDI-HUBERMAN, Georges. *Imagens apesar de tudo*. Lisboa: Editora KKYM, 2012. 256p.
- DIMENSTEIN, Magda; BEZERRA, Cíntia Guedes. *Alta-Assistida de usuários de um hospital psiquiátrico: uma proposta em análise*. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. p. 829-848.
- DINIZ, Debora. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres, Editora Universidade de Brasília, 2013. 400 p.
- \_\_\_\_\_. *A casa dos mortos*. Documentário. Brasília: ImagensLivres. 2009, 23'.
- FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianni Regia. *Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos a implementação de práticas*. In: Amarante, Paulo (Coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 67-90.
- FILHO, Hamilton Raposo de Miranda. *Hospital psiquiátrico e a reforma da assistência psiquiátrica: implicações para a psiquiatria forense*. Ver. *Psiquiatria Forense*, vol 14, n 12, dez 2009. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/for1209.php>>. Acesso em: dez, 2012.
- FLICK, Uwe. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009. 405 p.
- \_\_\_\_\_. *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. Porto Alegre: Artmed, 2013. 256p.
- FRAYZE-PEREIRA, João A. *O que é loucura*. Coleção Primeiros Passos. 10 Ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.
- FREIRE, Helena M. de Araújo; UGÁ, Maria A. Dominguez; AMARANTE, Paulo. Os centros de atenção psicossocial e o impacto do sistema de financiamento no modelo assistencial. In: Amarante, Paulo (Coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p 133-139.
- FOUCAULT, Michel (org). *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão* (1973). Rio de Janeiro: Graal, 1984. 294 p.
- FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na idade Clássica*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2010a. 551 p.
- \_\_\_\_\_. *Os anormais: curso no Collège de France* (1974-1975). São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010b.
- \_\_\_\_\_. *A arqueologia do saber*. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010c. 236 p.
- \_\_\_\_\_. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau, 2013. 152p.
- \_\_\_\_\_. A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX (1978). In: Foucault, Michel. *Ética, sexualidade, política*. Coleção Ditos e Escritos, volume V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010d. p. 1-25.
- \_\_\_\_\_. *Segurança, Penalidade e Prisão*. Coleção Ditos e Escritos, volume VIII. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. 307 p.

\_\_\_\_\_. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 37 ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 291 p.

\_\_\_\_\_. *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 511 p.

GARBAYO, Juliana; ARGÔLO, Marcos José Relvas. *Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro*. J Bras Psiquiatr. 2008;57(4):247- 252.  
GAUER, Gabriel J. C.; OSÓRIO, Fernanda C.; NETO, Alfredo C.; TEIXEIRA, Leticia; CAUM, Mariane; SOUZA, Taís A. da C.; VALLE, Verônica; CRISTÓFOLI, Vivian. *Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso*. Rev Psiquiatr RS. 2007;29(3). p. 286-293.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 8 ed. São Paulo: Perspectiva, 2008. 312p.

GONÇALVES, Renata Weber. *A medida de segurança: elementos para interpretação da contenção por tempo indeterminado dos loucos infratores no Brasil*. 2008. 147f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

GONÇALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Supino; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n.1, Feb. 2012. p 51-58.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo, Atlas, 6 ed., 2009. 200 p.

HARRIS, Ruth. *Assassinato e loucura: Medicina, leis e sociedade no fim de siècle*. Rio de Janeiro, Rocco, 1993. 390 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Censo Demográfico de 2010*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_bahia.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_bahia.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2013.

LA HAYE, Jacques Lesage de. *A morte do manicômio: história da antipsiquiatria*. São Paulo: Imaginário, Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2007.

LOUGON, Maurício. *Psiquiatria Institucional: do hospício a reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 226 p.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica*. Brasília: ESMPU, 2008. 152p.

MARAFIGA, Caroline Velasquez; COELHO, Elizabete Rodrigues; TEODORO, Maycoln Leôni Martins. A alta progressiva como meio de reinserção social do paciente do manicômio judiciário. *Mental* [online]. 2009, vol.7, n.12, p. 77-95.

MATTOS, Virgílio de. *Trem de doido: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas*. Belo Horizonte: UMA Editoria, 1999. 180p.

\_\_\_\_\_. *Crime e psiquiatria uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan, 2006. 238 p.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processo e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 320 p.

MISSAGGIA, Clademir José Ceolin. Itinerário para desconstrução do Instituto Psiquiátrico Forense do Rio Grande do Sul. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*, 2010. 20(01). 10 p.

MONTEIRO, Vitor Trigo. A adoção do modelo antimanicomial nas medidas de segurança: uma questão de direitos humanos. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 18, n. 3498, 28 jan. 2013. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/23557>>. Acesso em: 1 fev. 2013.

MOSCATELLO, Roberto. Recidiva criminal em 100 internos do Manicômio Judiciário de Franco da Rocha. *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(1):34-5.

NETTO, Menelick de Carvalho; MATTOS, Virgílio de. *O novo direito dos portadores de transtorno mental*. Conselho Federal de Psicologia, 2005. 25p.

PANTALEÃO, Juliana Forgaça. Medida de segurança e Reforma da Lei de Execução Penal. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 9, n. 340, 12 jun. 2004. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/5315>>. Acesso em: 01 jan. 2013.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, vol.16, n.12, p. 4579-4589.

PORTER, Roy. *Uma história social da loucura*. 1 Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990. 327p.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARAES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. *Interface* (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 37, June 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832011000200015&lng=en&nrm=i so](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832011000200015&lng=en&nrm=i so)>. Acesso em: jan, 2013.

ROGERS, Wendy; BALLANTYNE, Angela. *Populações especiais: vulnerabilidade e proteção*. In: DINIZ, Debora et all (Orgs). *Ética em pesquisa: temas globais*. Brasília: LetrasLivres: Editora UnB, 2008. p. 123-151.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana; RISIO, C. de. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Editora Hucitec, 1990. 11 p.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2007, vol.41, n.1, p. 73-81.

SALVADOR, Evilásio. *O controle democrático no financiamento e gestão do orçamento da Seguridade Social no Brasil*. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 40 - 51, jan./jul. 2012.

\_\_\_\_\_. *Fundo Público e Seguridade Social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010. 430 p.

SANTANA, Ana Flávia Ferreira de Almeida. *Qualidade de vida de pessoas com transtornos mentais cumprindo medida de segurança em hospital de custódia e tratamento*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: 2008. 159 p.

SANTANA, Ana F. F. De Almeida; CHIANCA, Tânia Couto Machado; CARDOSO, Clareci Silva. *Qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia internados em hospital de custódia*. J. Bras. Psiquiatr. 2009; 58(3):187-194.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma Psiquiátrica nas Medidas de Segurança: a experiência goiana do PAILI. In: *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*, 2010. 20(01). 4 p.

SILVERMAN, David. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 376p.

SZASZ, Thomas. *A fabricação da loucura: um estudo comparativo entre a inquisição e o movimento de saúde mental*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1971. 408 p.

\_\_\_\_\_. *O mito da doença mental: fundamentos de uma teoria da conduta pessoal*. 2. ed. São Paulo: Circulo do livro, 1974. 284 p.

\_\_\_\_\_. *Law, Liberty, and Psychiatry: na inquiry into social uses of mental health practices*. New York: The Macmillan Company, 1965. 281 p.

TENÓRIO, Fernando. *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan-abr. 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: Vasconcelos, Eduardo Mourão (org). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008. p 19-34.

VAZ, Paulo Junio Pereira. As medidas de segurança e os direitos humanos dos inimputáveis. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 17, n. 3264, 8 jun. 2012. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/21956>>. Acesso em: 1 fev 2013.

VIANA, Itana Santos Araújo. *O papel do Ministério Público na defesa do direito a saúde da pessoa com transtorno mental autora de delito: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2008. 100 p.

WACQUANT, Loïc. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

\_\_\_\_\_. *Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada*. Rio de Janeiro: Revan; FASE, 2005.

**ANEXOS****LINHA DO TEMPO**

INFOPEN:

Data de nascimento:

Sexo:

Cor:

Escolaridade:

Profissão:

Estado civil:

Nacionalidade:

Naturalidade:

Estado:

Cidade de residência:

Estado:

Motivo da reinstitucionalização (medida de segurança atual):

**LINHA DO TEMPO**

DATA	O QUÊ	DOCUMENTO/ QUEM	PÁGINA	OBSERVAÇÕES

### **Questionário para coleta de dados nos dossiês**

Observação: Abaixo estão as perguntas do instrumento. O questionário utilizado foi em modelo eletrônico no GoogleDrive®.

1. Identificação numérica (INFOPEN):
2. Data de Nascimento:
3. Sexo:
4. Cor:
5. Escolaridade:
6. Profissão:
7. Estado civil:
8. Município de nascimento:
9. Município de residência:
10. Dados da primeira medida de segurança:
  - 10.1. Data da infração penal:
  - 10.2. Infração penal (tipificação):
  - 10.3. Infração penal foi cometida contra membro da família? 1.[ ] não 2.[ ] sim. Se sim, contra quem?\_\_\_\_\_
  - 10.4. Data da prisão:
  - 10.5. Data da internação no HCTP:
  - 10.6. Data do exame de sanidade mental:
  - 10.7. Diagnóstico do exame de sanidade mental:
  - 10.8. Data da sentença de medida de segurança:
  - 10.9. Prazo mínimo da sentença de medida de segurança:
  - 10.10. Medida de segurança:
    - 1.[ ] internação 2.[ ] ambulatorial 3.[ ] conversão de pena em medida de segurança
  - 10.11. Informação sobre responsabilidade penal na sentença:
    - 1.[ ] inimputável 2.[ ] semi-imputável 3.[ ] sem informação
  - 10.12. Comarca da sentença:
  - 10.13. Realizou exame de cessação? 1.[ ] sim 2.[ ] não
  - 10.14. Datas dos exames de cessação:
  - 10.15. Diagnósticos dos exames de cessação:



- 10.16. Data da cessação de periculosidade:
- 10.17. Data da sentença de desinternação:
- 10.18. Data da desinternação do HCTP:
11. Dados da reinstitucionalização:
- 11.1. Reinternação na mesma medida de segurança? 1.[ ] sim 2.[ ] não (se não, pular para questão 12)
- 11.2. Qual motivo informado para a reinternação?
- 11.3. Data da reinternação:
- 11.4. Há informações sobre o período de desinternação? Quais?
12. Dados da recidiva:
- 12.1. Número de recidivas: \_\_\_\_
13. Dados da medida de segurança atual:
- 13.1. Data da infração penal:
- 13.2. Infração penal (tipificação):
- 13.3. Infração penal foi cometida contra membro da família? 1.[ ] não 2.[ ] sim. Se sim, contra quem?\_\_\_\_\_
- 13.4. Data da prisão:
- 13.5. Data da internação no HCTP:
- 13.6. Data do exame de sanidade mental:
- 13.7. Diagnóstico do exame de sanidade mental:
- 13.8. Data da sentença de medida de segurança:
- 13.9. Prazo mínimo da sentença de medida de segurança:
- 13.10. Medida de segurança:
- 1.[ ] internação 2.[ ] ambulatorial 3.[ ] conversão de pena em medida de segurança
- 13.11. Informação sobre responsabilidade penal na sentença:
- 1.[ ] inimputável 2.[ ] semi-imputável 3.[ ] sem informação
- 13.12. Comarca da sentença:
- 13.13. Realizou exame de cessação? [ ] sim [ ] não
- 13.14. Datas dos exames de cessação:
- 13.15. Diagnósticos dos exames de cessação:
- 13.16. Data da cessação de periculosidade:
- 13.17. Data da sentença de desinternação:
- 13.18. Data da desinternação do HCTP:

13.19. Há informações sobre o período de desinternação? Quais?