

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CENTRO DE ESTUDOS AVANÇADOS MULTIDISCIPLINARES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS E
CIDADANIA

Letícia Aguiar Cardoso Naves

A punição da loucura: as decisões do Supremo Tribunal Federal após a Lei da
Reforma Psiquiátrica

Brasília
2014

Letícia Aguiar Cardoso Naves

A punição da loucura: as decisões do Supremo Tribunal Federal após a Lei da
Reforma Psiquiátrica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do grau de Mestre. Área de concentração: Direitos Humanos e Cidadania
Orientador: Prof. Dr. Menelick de Carvalho Netto
Co-orientadora: Profa. Dra. Debora Diniz

Brasília
2014

LETÍCIA AGUIAR CARDOSO NAVES

A PUNIÇÃO DA LOUCURA: AS DECISÕES DO SUPREMO TRIBUNAL
FEDERAL APÓS A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Professor Doutor Menelick de Carvalho Netto

Co-orientadora: Professora Doutora Débora Diniz

Professora Doutora Beatriz Vargas

Professora Doutora Regina Pedroza

AGRADECIMENTOS

Ao professor Menelick de Carvalho Netto, pela liberdade que me concedeu e pela generosidade que se percebe somente nos grandes mestres;

À professora Debora Diniz, por ser inspiração e farol. Sua presença e seu cuidado foram meu porto seguro.

À Cássia, à Luciana e à Vanessa, acompanhadas mais recentemente por Gabi e Sinara, por terem me recebido nas discussões, leituras e releituras em torno da obra de Michel Foucault. Sem o carinho e a atenção de vocês, fadas madrinhas, não chegaria aqui.

Às meninas da Menorpausa, por terem dividido suas reflexões e impressões de textos tão importantes quanto difíceis. Vou sentir saudades.

Ao João e à Fabi, meus salvadores tecnológicos, a todo momento prontos a me resgatar da Era Paleolítica.

Ao Tadeu, por estar sempre — e incondicionalmente — por perto.

Ao João Pedro e à Babi, pela paciência.

À Da, à Ana, ao Roberto, ao Paulo e à Zazu, por terem maternado meus filhos enquanto eu me ocupava de livros e escritas.

À Bia, à Dany, à Flavinha, à Ramona, à Virgínia e ao Nica por me incentivarem a ir adiante nos sonhos — e o mestrado foi o mais significativo deles.

À querida turma do trabalho, Betha, Chris, Márcia, Raquel, Lucas e Uyrán, por terem me aguentado falar sobre o mesmo assunto por tanto tempo.

Aos colegas de mestrado Carlos, Clara, Cleide, Danúbia, João, Julia, Marcos e Sueli, pelas múltiplas trocas: de textos, angústias, alegrias, conselhos, comidinhas, noites de estudo e mudas de cerejeiras. O mestrado não seria o mesmo sem vocês.

À Dona Célia e ao Sr. Nilton, por terem me hospedado no paraíso da Ilha e me tratado a pão de ló nos momentos finais da escrita.

Por fim, aos que me antecederam, Lili, Enéas, Maria, José, Emidinha e Sidônio, por terem tornado possível a aventura deliciosa do ano sabático.

A vocês, meu muito obrigada!

Ora, para a opinião pública, que certa imprensa cultivava sem jamais distinguir a *loucura* dos estados agudos mas passageiros da *doença mental*, que é um destino, o louco é considerado, logo de saída, um doente mental, e quem diz doente mental compreende evidentemente doente para o resto da vida e, por conseguinte, internado e internável para o resto da vida [...]

Durante todo o tempo em que ele está internado, o doente mental, a menos que consiga se matar, continua evidentemente a viver, mas no isolamento e no silêncio do hospício. Sob sua pedra sepulcral, ele é como um morto para os que não o visitam, mas quem o visita? Porém, como não está realmente morto, como não se anunciou sua morte, se ele é conhecido (a morte dos desconhecidos não conta) torna-se lentamente uma espécie de morto-vivo, ou melhor, nem morto nem vivo, não podendo dar sinal de vida, salvo a seus íntimos ou aos que se preocupam com ele (caso raríssimo, quantos internados praticamente *jamais recebem visitas!* — verifiquei com meus próprios olhos no Sainte-Anne e em outros lugares), não podendo, além do mais, expressar-se publicamente do lado de fora, e figurando de fato, arrisco o termo, na rubrica dos sinistros saldos de todas as guerras e de todas as catástrofes do mundo: o saldo dos *desaparecidos*.

Louis Althusser, *O futuro dura muito tempo* (1992, p. 28-29. Texto encontrado nos arquivos do autor, depois de sua morte, e provavelmente escrito em 1985).

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar os acórdãos proferidos pelo Supremo Tribunal Federal (STF) que decidiram sobre o tema internação em medida de segurança após a Lei 10.216, a qual alterou o modelo de cuidado em saúde mental e está em vigência desde 9 de abril de 2001. Medida de segurança é a resposta jurídica dada ao doente mental que comete um crime. Ao doente mental infrator caberá internação em Estabelecimento Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (EHCTP), se o crime cometido for apenado com reclusão; ou tratamento ambulatorial, se a pena for de detenção. De acordo com o Código Penal brasileiro (CP), a medida de segurança é aplicada por prazo indeterminado. Contudo, desde 2005 o STF firmou jurisprudência no sentido de que o limite para o cumprimento da medida é de 30 anos, em interpretação análoga ao dispositivo do CP que prevê tal teto para as penas de prisão e, sobretudo, em respeito à determinação constitucional que proíbe penas de caráter perpétuo. Contudo, o estudo das decisões do Supremo sobre o tema da medida de segurança e da internação não acompanharam as mudanças operadas pelo novo paradigma de cuidado para com os doentes mentais, previsto na Lei 10.216/01 e na Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência.

Palavras-chave: Medida de segurança. Internação. Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Supremo Tribunal Federal. Lei 10.216/01.

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the judgments of the Brazilian Federal Supreme Court (BFSC) and what they decide about the topic of hospitalization as a security measure in the post Law 10.216 era, which has been in effect since April 9, 2001, and which altered the model of mental health care in the country. A security measure is the legal response to the mentally ill who commit crimes. The mentally ill offender is hospitalized in a Psychiatric Treatment and Custodial Hospital (PTCH), if the crime committed is sentenced with imprisonment, or out-patient treatment, if the ruling is for detention. According to the Brazilian Penal Code (BPC), the security measure is applied for an indefinite period. However, since 2005 the BFSC has established jurisprudence in the sense that the outer limit for application of the measure is 30 years, using an analogous interpretation of the penal code which foresees the ceiling for prison sentences, and, moreover, regarding the constitutional injunction which prohibits perpetual sentences. Nevertheless, the analyses of the cases, judged by the BFSC about security measure and hospitalization showed that the decisions did not follow the new model of mental care health patterned by Law 10.216 and by the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD).

Key words: Security measure. Hospitalization. Psychiatric Treatment and Custodial Hospital. Brazilian Federal Supreme Court. Law 10.216.

SUMÁRIO

PREFÁCIO	8
Razões de uma escolha terminológica	8
INTRODUÇÃO	11
1 INDIVÍDUO PERIGOSO E VIDA PRECÁRIA	14
1.1 A simbiose entre crime e loucura e o advento do indivíduo perigoso.....	14
1.2 Vida precária: o marco hegemônico normativo e a invisibilidade dos loucos infratores	19
2 A REALIDADE BRASILEIRA: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E LEGAIS	24
2.1 O louco infrator no Brasil: o censo 2011 dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico e os casos julgados pelo STF	24
2.2 A Constituição Federal, a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei 10.216/01	27
2.3 Medida de segurança e inimputabilidade no Código Penal, no Código de Processo Penal e na Lei de Execução Penal: o estatuto penal do louco infrator	32
3 OS ACÓRDÃOS JULGADOS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL	38
3.1 Critérios e método da análise dos dados.....	38
3.2 A desinternação progressiva	41
3.2.1 Atalábio	42
3.2.2 Jorge Alberto	50
3.2.3 Edenir.....	52
3.2.4 João Carlos	54
3.3 A transferência para hospital psiquiátrico	57
3.3.1 Gerson	57
3.3.2 Luiz Adolfo	58
3.3.3 Semelhanças e contradições entre os julgamentos de Gerson Luiz e de Luiz Adolfo	59
3.4 A internação por prazo indeterminado	64
3.4.1 Maria.....	64
CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	74

PREFÁCIO

Razões de uma escolha terminológica

Insano, pessoa com sofrimento mental, deficiente mental, usuário da psiquiatria, doente mental, louco. As palavras carregam significado e provocam reações: acolhimento, rejeição, solidariedade, medo. Quando se escreve ou se fala sobre seres humanos, há a preocupação com a escolha dos nomes, dos substantivos, da maneira de se expressar sobre uma população. O politicamente ou socialmente correto traduz-se no cuidado de falar ou de escrever de forma a não se reforçarem estigmas ou se incitarem iras. A simples escolha de um entre tantos nomes é um campo minado. Um artigo cujas primeiras palavras fossem “louco” ou “loucura” poderia afastar um leitor que, talvez, se sentiria à vontade para ler o mesmo texto se ele tivesse se iniciado com as expressões “pessoa com sofrimento mental” ou “doença mental”.

A Constituição de 1988 tutela a saúde como direito de todos e dever do Estado, em capítulo próprio, inexistente em constituições anteriores. A igualdade é princípio e garantia fundamental para todos, e a dignidade da pessoa é fundamento da República. Ninguém deve ser discriminado devido à orientação sexual, cor, nacionalidade, escolaridade. A Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada ao sistema jurídico brasileiro como texto constitucional, trata expressamente de saúde mental e também proíbe a discriminação (BRASIL, 2009). A Lei 10.216/01, que mudou o parâmetro de cuidado para com o doente mental, prevê garantias e direitos, e aponta como finalidade do tratamento a reinserção social, proibindo-se internações que não sejam excepcionais.

Esse conjunto de princípios e garantias são ferramentas jurídicas disponíveis para provocar mudanças no tratamento não só biomédico, mas também social e, sobretudo, político dos que sofrem por conta de algo que lhes é próprio e que pode se apresentar de forma contínua ou passageira: a doença mental. Não se pretende neste trabalho definir a categoria “doença mental” e “loucura”. O que se pretende é descrever e analisar as decisões judiciais proferidas pelo Supremo Tribunal Federal (STF) sobre internação e medida de segurança após a Lei 10.216/01.

O louco infrator é invisibilizado e sua vida, precarizada. A Lei 10.216/01 não se refere expressamente a ele e, nas atas das discussões travadas no Congresso Nacional, ao longo dos dez anos em que o projeto de lei ali tramitou, não houve registro de referência ao louco infrator da lei penal. Esse silêncio não significa que a lei não possa e não deva ser interpretada em seu favor, mas que o louco infrator foi alguém invisível nas tratativas sobre a legislação que modificou o cuidado para com os doentes mentais.

O louco em conflito com a lei é estigmatizado em relação às demais pessoas diagnosticadas como doentes mentais. Daí a opção “louco infrator”, que se traduz como provocação e como denúncia, pois ela exprime a precarização da existência do doente mental que comete ato qualificado como crime. Além disso, aquela expressão é a que produz estranhamento e incômodo. Em vários dos casos estudados, o STF se refere ao paciente do *habeas corpus* ou do recurso em *habeas corpus* como louco.

O tema e a abordagem jurídico-penal que dele se faz apresentam incoerências e complexidades. O STF entendeu, em 2005, ser inconstitucional a permanência em internação sob medida de segurança por mais de 30 anos. Em 2011, um censo sobre a população em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico apontou a existência de dezoito pessoas ainda em restrição de liberdade sob o regime da internação por um período além desse limite. Dos sete casos analisados neste trabalho, julgados entre 2005 e 2012, três

referem-se a indivíduos recolhidos há mais de 30 anos em hospital de custódia¹; um encontrava-se internado havia 28 anos no momento do julgamento pelo STF²; um outro havia 27 anos e 5 meses³; um havia 26⁴; e outro havia 23 anos⁵.

Para esses indivíduos, o mandamento jurídico-penal ou a jurisprudência da Corte Constitucional Brasileira sequer tangenciaram suas existências. Eles não foram apreendidos pela moldura do marco normativo hegemônico como “doentes mentais” sujeitos às garantias e aos direitos do mundo legal. Porque loucos, são esquecidos e estigmatizados e, talvez, esteja aí a justificativa para a apartação social por tempo indeterminado. Assim é que o uso das palavras “louco” e “loucura criminosa” neste trabalho está longe de reforçar a marca do preconceito, pelo contrário, denuncia a sua manutenção no trato de determinadas pessoas em sofrimento mental.

Aqui, louco e loucura demonstram invisibilidade e precarização. Tal qual na alegoria escrita por Franz Kafka (2013) em *O processo*, há um portal da justiça que é próprio ao louco infrator e permanece aberto, mas que, mesmo esperando-se por toda a vida, não será possível ultrapassar. Como se verá, Maria de Lourdes foi internada em 1970 e sua medida de segurança foi extinta, mas ela permanece em regime de restrição de liberdade em hospital de custódia, agora sob a forma de interdição civil. A loucura não deveria incomodar tanto — nem a palavra, tampouco que ela representa —, mas o louco perturba e, nos casos analisados, percebem-se malabarismos legais para ofuscar o que não se pode assumir em um Estado Democrático de Direito: a segregação social por tempo indeterminado. Esses são os loucos perigosos ou abandonados e é deles que o presente trabalho trata.

¹ Maria de Lourdes (HC 84.219); Luiz Adolfo (HC 98.360); João Carlos (HC 107.157).

² Jorge (HC 107.777).

³ Atalíbio (HC 97.621).

⁴ Gerson (HC 107.432).

⁵ Edenir (RHC 100.383).

INTRODUÇÃO

A aproximação inicial com a temática da medida de segurança e dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP) ocorreu quando pela primeira vez assisti a *A casa dos mortos*, de Debora Diniz (2009). Nesse documentário, filmado no HCTP de Salvador, há três personagens principais cujas trajetórias são narradas, em forma de poema, por um dos sujeitos internados, também autor da poesia. Um deles suicidou-se no manicômio; o outro já foi internado e desinternado inúmeras vezes; e o terceiro estava internado desde 1981 por ter agredido uma pessoa ao tentar furtar uma bicicleta.

Medida de segurança é a resposta penal aplicada ao maior de 18 anos, que comete ato tipificado como crime e é diagnosticado como doente mental. Havendo desconfiança de que o réu apresenta sintomas de doença mental, o juiz instaura um procedimento denominado “incidente de insanidade mental” no qual será executada perícia por médico psiquiatra. Se se verificar a sintomatologia e, ainda, se por causa dela se concluir que o sujeito não tinha possibilidade de conhecer o ilícito cometido – ou agir de acordo com esse conhecimento – o réu será absolvido, mas compulsoriamente encaminhado a tratamento ambulatorial ou a internação, dependendo da gravidade do crime cometido.

Alguns anos após o lançamento de *A casa dos mortos*, foi publicado *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil — Censo 2011*, que contabilizou pela primeira vez a população internada em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico. Como afirma Diniz, ao introduzir o estudo censitário, “ser contado é uma forma de existir” (2013, p. 15). Sem se conhecer sequer o total de indivíduos recolhidos em estabelecimentos penais psiquiátricos, as histórias dessas pessoas, como também seus direitos, são insensibilizados.

O primeiro manicômio judicial brasileiro surgiu em 1921, no Rio de Janeiro, e em 2011 eram 26 os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátricos, divididos entre

hospitais de custódia e alas de presídios, abrigando 3.989 pessoas. Entre uma data e outra ocorreu uma modificação na legislação referente ao doente e à saúde mental. Em 1988, uma nova e democrática Constituição Federal dedicou uma seção exclusiva à saúde, tema não contemplado com tal destaque em nenhuma das constituições anteriores. Em termos jurídicos, uma matéria com *status* constitucional traduz-se na máxima proteção que se pode conferir a um direito.

Além disso, em 2001, foi promulgada a Lei 10.216, que modificou o paradigma de tratamento em saúde mental. O modelo do asilamento foi revisto, os estabelecimentos cuja função era o recolhimento e o depósito de doentes mentais não mais seriam permitidos. A internação passou a ter caráter excepcional, podendo ocorrer somente quando outras formas de cuidado se mostrassem ineficazes e insuficientes. A nova legislação teve como foco a reinserção social do indivíduo, priorizando-se o tratamento ambulatorial. Contudo, os direitos e as garantias previstos na Lei 10.216/01 não alcançaram os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico (DINIZ, 2013).

A partir do resultado do censo 2011, surgiu a ideia de pesquisar como o STF se posicionava sobre a nova matriz de cuidado em relação ao público dos ECTPs. As unidades de análise propostas foram os processos julgados após a vigência da Lei 10.216/01, cujo mérito tratasse de medida de segurança e de internação em ECTP. A pesquisa abrangeu o período entre abril de 2001 (data da publicação da lei) e agosto de 2013 (época em que se encerrou a consulta ao banco de dados).

As inquietações que emergiram da leitura dos acórdãos foram suscitadas pela tentativa de entender os argumentos utilizados pelo Supremo Tribunal Federal ao julgar o tema da internação e da medida de segurança. Por exemplo, há decisão que extingue a medida, por excesso de tempo de internação, mas determina a transferência do infrator para hospital

psiquiátrico comum.⁶ Uma outra também extingue a medida de segurança pelo mesmo motivo, mas sentencia que a pessoa seja mantida no mesmo hospital de custódia onde se encontrava por mais de 30 anos, agora sob o regime da interdição civil.⁷ Em ambos os casos, a internação persistiu, embora a medida de segurança não. O que se buscou entender e analisar foram as argumentações que moveram a tomada de decisão da Corte Constitucional Brasileira nos sete julgados que trataram do tema da internação em medida de segurança, bem como a fundamentação dos acórdãos.

⁶ HC 98.360

⁷ HC 84.219.

1 INDIVÍDUO PERIGOSO E VIDA PRECÁRIA

Aqui um mundo bem outro, regido por estatutos, disciplinas, horários específicos; uma casa para cadáveres vivos; uma vida à margem; e homens de vivência muito outra. É este desvão tão diferente da vida que ora me proponho a descrever, tal como é.

Fiódor Dostoiévski, *Recordações da casa dos mortos* (2011, p. 21)

1.1 A simbiose entre crime e loucura e o advento do indivíduo perigoso

Pierre Rivière tinha aproximadamente 20 anos e era o mais velho de uma família de cinco irmãos quando, em 3 de junho de 1835, degolou sua mãe, grávida de 6 meses, sua irmã de 18 anos e seu irmão de 7. Na pequena aldeia onde morava, na região da Normandia, França, era considerado um rapaz de pouca inteligência, um “idiota”, que teve dificuldades para aprender a ler e a escrever, mas detinha uma memória incomum e era um ávido leitor. Nunca havia sido violento, era taciturno e seus afazeres concentravam-se na ajuda que dava ao pai no cultivo da terra para o sustento da família (FOUCAULT, 1977).

A inquietação que moveu — e ainda move — a narrativa do caso centra-se nos motivos para o cometimento do crime, ou na falta deles. Rivière redigiu um relato nos quinze primeiros dias que sucederam à sua prisão. Nele, revelou que sua intenção era a de livrar o pai das humilhações causadas pela conduta hostil da mãe durante a vida conjugal. Em minucioso registro, narrou episódios de provocação e desentendimentos criados pela mãe, além de detalhar eventos ocorridos anos antes do assassinato. A irmã teria sido morta porque apoiava incondicionalmente a mãe nas investidas contra o pai; e o irmão fora assassinado para que o pai, a quem tanto amava, não se lamentasse — ou se lamentasse menos — quando Rivière fosse levado à forca. Tudo fora planejado meses antes do acontecimento e escrito com clareza e precisão incomuns para quem fora considerado pouco letrado.

Em um dossiê do caso, Michel Foucault reuniu artigos de jornal, excertos do processo criminal e o relato de Rivière, além de sua confissão e de três documentos, fruto da análise

feita por médicos, com resultados diversos em relação à sanidade mental de Rivière. O primeiro laudo atestou não se ter observado doença alguma capaz de “transtornar as funções do cérebro” e acrescentou: “não se pode, eu acho, atribuir o triplo assassinato de que é culpado senão a um estado de exaltação momentânea, conseqüente dos sofrimentos de seu pai” (FOUCAULT, 1977, p. 114). O segundo afirmou a existência de alienação mental, assim concluindo: “enfim, o retorno de Rivière a ideias mais sãs pode não ser de longa duração, e, se ele não é culpado, é no mínimo perigoso, e deve ser isolado em seu próprio interesse e sobretudo no da sociedade” (FOUCAULT, 1977, p. 125).

O terceiro laudo, assinado por Esquirol e sua equipe, identificou Rivière como louco, sem que os signatários o tivessem examinado pessoalmente. Para tal conclusão, os médicos apoiaram-se em documentos do processo, bem como no relato do acusado. A conclusão da junta médica, composta por sete dos melhores especialistas em doença mental à época, foi a de que “desde a idade de 4 anos Pierre Rivière não cessou de dar sinais de alienação mental; que sua alienação mental persistiu, apesar de menos intensa, depois dos homicídios que cometeu; que esses homicídios são unicamente devidos ao delírio” (FOUCAULT, 1977, p. 165).

A pergunta que se faz depois de se ler o dossiê na íntegra é: Pierre Rivière era ou não louco? O resultado de seu julgamento foi a condenação à pena de morte pelo Tribunal do Júri; não houve reconhecimento da insanidade. Porém, “a ausência de motivo razoável” e as “excentricidades do caráter” de Rivière (FOUCAULT, 1977, p. 144) levaram o presidente do Tribunal a questionar a “completa culpabilidade” do condenado, o que fundamentou requerimento de indulto, tendo o rei deferido a comutação da pena de morte por prisão perpétua em fevereiro de 1836 (FOUCAULT, 1977, p. 161). Rivière enforcou-se na prisão, em outubro de 1840, época em que era considerado louco. Ele dizia-se morto e manifestava

vontade de que lhe cortassem o pescoço. Foi isolado por ameaçar os outros de morte e, afastado dos demais, matou-se.

A incursão da psiquiatria no campo criminal desenvolveu-se no século XIX. Até esse período, o encontro entre direito penal e loucura ocorria em julgamentos em que essa última era explicitamente reconhecida, como em casos de furor ou demência, inexistindo necessidade de detecção por especialista. No texto “A evolução da noção de indivíduo perigoso”, Foucault relata vários casos de crimes ocorridos entre 1800 e 1835, em que a loucura não é evidente. Foram crimes graves, praticados em ambiente doméstico, “sem razão”, e em todos a loucura apresentou-se tão somente no momento do crime (FOUCAULT, 2010a, p. 6). Tal como no caso de Rivière, os crimes foram acontecimentos isolados na história do infrator, praticados sem motivo, mas de maneira bárbara e cruel.

Na região da Alsácia, em 1817, uma mulher camponesa matou sua filha, cortou parte da perna da menina e a cozinhou na sopa. Em Viena, uma mulher matou seu filho, mas foi considerada louca e absolvida. Tempos depois, engravidou e matou a criança. Em novo julgamento, foi condenada à morte. Um homem matou sua mãe adotiva na Nova Inglaterra, com quem tinha um bom relacionamento. Interrogado pelo pai, ele confessou o crime, em seguida caiu em uma crise de choro, disse que tivera uma dor de dente súbita e que não se lembrava de nada. Foram esses os tipos de conduta que instigaram o ingresso da psiquiatria na justiça penal: loucura e crime em simbiose (FOUCAULT, 2010a).

A psiquiatria do século XIX denominou de monomania homicida os casos em que a loucura apresentava-se como acontecimento episódico no ato de cometimento de um crime, e apenas nessa ocasião: “um crime inteiramente louco, uma loucura que nada mais é do que um crime” (FOUCAULT, 2010a, p. 7). A loucura era criminosa porque se manifestava no momento do ato e o crime era patológico porque causado unicamente pela loucura. A monomania homicida traduzia-se na loucura que era o próprio crime, e este era cometido

como consequência de um ato de loucura. Outra característica: o ato era praticado de forma “monstruosa”, em descompasso com as leis da natureza e da sociedade; havia na monomania uma latência de loucura e crime, o que significava que a loucura era sempre perigosa.

Somente o especialista seria capaz de diagnosticar a monomania homicida e prever a loucura. Dessa forma, a psiquiatria firmou-se como um saber importante na medicina: era capaz de identificar a loucura criminosa. Assim foi que esse ramo da medicina assumiu um papel de proteção contra o perigo social da loucura: somente ela seria capaz de tratá-lo. Por isso que, no século XIX, ela “foi uma medicina do corpo coletivo, tanto quanto uma medicina da alma individual” (FOUCAULT, 2010a, p. 9). Ademais, tal especialidade médica assumiu uma função sanitária, que tinha por alvo a higiene pública. A loucura era também tida como resultado da miséria, da insalubridade, das epidemias advindas da urbanização e significava perigo para o próprio louco e para quem o cercava.

Por essa via foi que psiquiatria e direito penal se cruzaram. No que concernia ao louco, a punição relacionava-se menos com o crime praticado e mais com a natureza e a identidade? do infrator. Em todos os casos relatados por Foucault, incluindo o de Rivière, os psiquiatras entrevistaram para decifrar a “racionalidade do ato”, o modo de ser, o estilo de vida e o caráter do sujeito. O que se tentava responder era: “quem é você?” Como o crime era cometido “sem razão”, buscava-se uma explicação sobre o criminoso, que era indagado a dar uma explicação de si mesmo.

Por outro lado, na França do século XIX, surgiu uma nova forma de punir — não mais pela via dos castigos e suplícios, mas por meio da vigilância, da disciplina e do controle — cujo objetivo era a transformação do indivíduo. Através do prisma da punição foi que a psiquiatria inseriu-se na justiça penal: punia-se a pessoa por conta do que a tornava criminosa, ou seja, pela sua loucura. O foco concentrava-se na pessoa, e não no crime, justamente porque a conduta tinha como causa o que ela era: louca. Dessa forma, inseriu-se a noção de

“indivíduo perigoso”, aquele que seria o principal objeto da ação punitiva desde o século XIX e do qual medicina e justiça iriam encarregar-se de forma conjunta (FOUCAULT, 2010a).

No início do século XX, também na França, o conceito de “monomania” foi deixado de lado e surgiu o de “loucura moral” e de “degeneração”. A primeira era diagnosticada como doença mental que afetava o comportamento e a afetividade, mantendo-se íntegro o intelecto; a segunda, como patologia que teria graus de desenvolvimento e sintomas. A decorrência disso foi a possibilidade de identificação da loucura em qualquer tipo de crime, dos menos aos mais graves. Nesse contexto, a ideia de irresponsabilidade penal do louco infrator foi substituída pela de periculosidade. Agora, em vez de se pesquisar a existência, ou não, de “razão” para o cometimento do crime, o que se destacava era o “grau de periculosidade” do infrator. A resposta penal dada a ele, mais que uma punição, passou a constituir um “mecanismo de defesa da sociedade” (FOUCAULT, 2010a).

Foucault destaca, no entanto, que foi no direito civil que a justiça penal buscou a justificativa para o mecanismo de punição do louco infrator. Já no século XX, o conceito de “degeneração” não era mais adequado, tendo surgido o de “delinquência”. Independentemente do diagnóstico e do percurso histórico da nosologia psiquiátrica, a tática de punição do louco infrator concentrou-se na ideia de ausência de culpa, apontando-se a insanidade como a causa do crime e reconhecendo-se a necessidade de defesa da sociedade contra a loucura criminosa (FOUCAULT, 2010a).

O direito civil, a partir da segunda metade do século XIX, inaugurou um novo tipo de responsabilidade, fruto da premência de evitar acidentes e de diminuir os riscos inerentes às atividades da era industrial. Nesse modelo, desconsiderou-se o erro como fonte do dever de indenização. Partiu-se do pressuposto de que toda conduta ou empreendimento carregava um grau de risco que poderia causar acidentes. Não haveria como extinguir os riscos, mas eles poderiam ser diminuídos com a responsabilização civil. Se não havia como eliminar os riscos,

a reparação surgiria como meio de pressão para que eles fossem minimizados visando à maior proteção do corpo social (FOUCAULT, 2010a).

Tal raciocínio se implantou no mecanismo de punição do louco infrator, visto como alguém que carrega em latência a criminalidade e que, pelo fato de existir, impõe riscos ao meio e a si mesmo. A resposta penal pelo ato praticado não ocorre com fundamento na culpa, mas como forma de minimizar o risco que é inerente ao louco, uma vez que há nele uma potencialidade criminosa. A punição não se traduz em sanção a uma conduta voluntária; o objetivo da resposta é minimizar a possibilidade de risco, o qual é identificado na própria pessoa: aquela que cometeu um crime e poderá novamente fazê-lo a qualquer momento, justamente porque louca. Essa punição se dará “pela eliminação, pela exclusão, por restrições diversas, ou ainda por medidas terapêuticas” (FOUCAULT, 2010a, p. 21).

1.2 Vida precária: o marco hegemônico normativo e a invisibilidade dos loucos infratores

Uma das personagens do filme *A casa dos mortos* é Almerindo Nogueira de Jesus (DINIZ, 2009). Ele foi internado em 1981 após ter jogado uma pedra em um adolescente para lhe roubar a bicicleta. Posteriormente, diagnosticado como doente mental, foi submetido a uma medida de segurança de internação. Passados mais de 20 anos, ao ser perguntado sobre o seu nome, respondeu: “sou o presidente dos Estados Unidos”. Novamente questionado, afirmou: “sou o governo dos Estados Unidos”. Por fim, indagado sobre quem era Almerindo, foi categórico: “Almerindo já morreu”. A defensora pública que o assistia confirmou: “sim, ele já morreu. Para ele mesmo e até pra gente, ele já morreu. Ele foi abandonado aqui”.

Em 2009, o STF julgou o *habeas corpus* impetrado em favor de Luiz Adolfo Worm.⁸ Ele foi internado em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico em 1977, portanto 32

⁸ HC 98.360/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2009b).

anos antes de seu pleito ser apreciado pela corte constitucional brasileira. O crime cometido por Luiz, diagnosticado como esquizofrênico, foi ter colocado em perigo a vida e a saúde da mãe e do irmão, em mais de uma oportunidade.⁹ A Defensoria Pública da União alegou que a Constituição Federal não admite pena de caráter perpétuo e que Luiz estava em restrição liberdade havia mais tempo que o máximo da pena em abstrato prevista para a infração cometida. O STF seguiu jurisprudência já pacificada e extinguiu a medida de segurança. Com isso, reiterou que o limite de duração da medida é de 30 anos, o mesmo teto legalmente previsto para as penas privativas de liberdade.¹⁰ Contudo, apesar da extinção da medida de segurança, o Supremo determinou a transferência de Luiz para um hospital psiquiátrico da rede pública comum, dada a persistência da doença mental e da periculosidade.

A pena máxima para os crimes de lesão corporal e de exposição da vida ou saúde de outrem a perigo, imputados a Almerindo e a Luiz, respectivamente, é de 1 ano de detenção.¹¹ As infrações penalizadas com detenção são passíveis de tratamento ambulatorial, a internação em hospital de custódia é obrigatória aos inimputáveis que praticam crimes punidos com reclusão.¹² O Supremo Tribunal Federal, em 2005, firmou entendimento de que a medida de segurança não poderia exceder 30 anos, o mesmo tempo estipulado pelo Código Penal como prazo máximo para o cumprimento de pena privativa de liberdade.¹³

Almerindo e Luiz Adolfo foram internados em HCTP, apesar de terem cometido crimes penalizados com detenção, o que, segundo a lei penal, poderia remetê-los a tratamento ambulatorial. O primeiro estava em regime de restrição de liberdade havia 20 anos, embora tenha praticado um ato cuja pena máxima é fixada em 1. Para o segundo, vale o mesmo raciocínio: ficou 32 anos em regime de medida de segurança, sendo que pelo menos os dois últimos foram cumpridos após a existência do precedente do STF. Da mesma forma, os 18

⁹ Artigo 132 do Código Penal (BRASIL, 1940).

¹⁰ Artigo 75 do Código Penal (BRASIL, 1940).

¹¹ Artigos 129 e 132 do Código Penal (BRASIL, 1940).

¹² Artigo 97 do Código Penal (BRASIL, 1940).

¹³ HC 84.219/SP (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2005).

indivíduos contabilizados pelo censo de 2011 mantiveram-se internados sob medida de segurança excedidos 30 anos, mesmo depois do julgamento do precedente.

Para Judith Butler, nem todas as vidas qualificam-se como “vivíveis”: há vidas cuja falta enseja o luto público e há vidas que não são enlutadas. Essa fronteira é construída por saberes e poderes difundidos socialmente, que formam uma espécie de moldura, um crivo. A vida vivível é aquela apreendida pelo marco hegemônico por meio da moldura. Há o marco de inteligibilidade e o marco de reconhecimento, e ambos são operações de poder que irão demarcar a existência de vida. O primeiro traduz-se em esquemas de cognoscibilidade, que permitem conhecer e identificar uma vida; o segundo, no valor que se dá a ela (BUTLER, 2010).

Reconhecer uma vida como “vivível” significa apreender o valor daquela vida, que somente é lamentada quando tem importância perdê-la. Segundo Butler, “a capacidade de ser chorada é pressuposto de toda vida que importe” (2010 p. 32). Pode existir uma figura morfológicamente viva, mas não merecedora de ser chorada publicamente pelo fato de sua vida não ter sido apreendida pelas normas hegemônicas de reconhecibilidade. Nesse sentido, a apreensão de uma vida é uma forma de conhecimento associada ao sentir e perceber, mas, ao mesmo tempo, não está limitada pela norma hegemônica de reconhecimento; pode-se apreender algo indigno de valor pelo marco.

Personagens como Almerindo, Luiz Adolfo, os 741 que não deveriam estar onde estão e os 18 internados há mais de 30 anos são invisíveis. O marco hegemônico apreendeu essas vidas por meio da moldura da subjugação: para todos, valem as regras que os oprimem em detrimento daquelas que os protegem. Por isso, parte deles permanece em ECTP por mais tempo do que o STF entendeu como constitucional; para outros, como Almerindo e Luiz, as regras do Código Penal são interpretadas desfavoravelmente: eles poderiam ter sido tratados em ambulatório — e não internados —, justamente porque cometeram crimes apenados com

detenção. Tampouco valem os direitos e as garantias elencados na Lei 10.216/01, que estipulam a internação como medida extrema e excepcional no trato do doente mental.

Em 2008, Almerindo pronunciou: “Almerindo morreu”. Essa era sua autoidentificação, uma imagem — de homem-morto — confirmada pela defensora pública: “sim, ele é inteligentíssimo, para ele e pra gente, ele está morto. Foi abandonado aqui”. Não se pode negar que há os que se compadecem com história de Almerindo, os que se sensibilizam com a situação de Luiz Adolfo, pois é possível que se apreenda a vida de ambos de forma diferenciada daquela realizada pelas normas hegemônicas. Tal maneira diversa de apreensão apresenta-se apenas como uma fissura no marco de reconhecimento, porque essa forma de sentir e perceber não é reconhecida hegemonicamente: apreendeu-se alguém que não tem valor para o marco (BUTLER, 2010).

Butler afirma ser precária a vida de todos. Nascemos precários porque somos passíveis de sermos eliminados, natural ou acidentalmente, e porque não temos como garantir a manutenção de nossas vidas. Portanto, qualquer vida é, em termos absolutos, precária. Contudo, não existe vida sem a observância de condições que a mantenham viva e essas condições são sociais: para existirmos e persistirmos vivos, todos dependemos de uma rede de amparo, de instituições, de pessoas que conhecemos e que desconhecemos. A precariedade é uma condição social e, como tal, pode ser maximizada ou minimizada (BUTLER, 2010).

A precariedade é minimizada para as vidas mais dignas de serem choradas pelo marco hegemônico. Para as vidas indignas e não apreendidas pela reconhecibilidade, a precariedade tende à maximização, tal qual ocorreu com Almerindo e Luiz Adolfo. A precariedade da vida de um indivíduo é tão maior quanto menos acesso a direitos e menos proteção social ele tiver, ou seja, quanto mais invisível socialmente alguém for, maior a maximização de sua precariedade. Isso repercute sobre o sentimento público que se desenvolve em relação a Almerindo e a Luiz Adolfo ou a quem quer que seja, pois até mesmo os sentidos são

socialmente provocados e condicionados pelo marco. Daí a indiferença social por que passam Almerindo, Luiz, bem como todas aquelas pessoas que já poderiam estar em liberdade, mas que se encontram em ECTPs (BUTLER, 2010).

A lesão corporal e a exposição da vida de outrem a perigo cometidas por Almerindo e Luiz Adolfo são expressões de violência notadas pelo marco hegemônico. Por outro lado, minimizada é a agressão representada pela clausura dos dois em hospitais psiquiátricos por 20 e 32 anos (lembrando-se que a pena máxima para qualquer uma das infrações praticadas é de 1 ano). As vidas de Almerindo e Luiz foram reduzidas à morfologia do corpo, não sendo apreendidas como dignas de serem vividas nem choradas. Casos como esses desafiam a lógica do sistema jurídico, pois percebe-se que o acesso a direitos, tutelado como igualitário, está também atrelado às normas hegemônicas. Isso corrobora a estrutura de poderes e saberes que mantém o regime de ininteligibilidade para certas pessoas e o de inteligibilidade para outras, tornando cada vez mais distante a realidade de quem foi apreendido pela reconhecibilidade e de quem não foi.

2 A REALIDADE BRASILEIRA: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E LEGAIS

Amaciado um pouco, tirando dele a brutalidade do acorrentamento, das surras, a superstição das rezas, exorcismo, bruxarias etc., o nosso sistema de tratamento da loucura ainda é o da Idade Média: o sequestro.

Lima Barreto, *Diário do hospício* (2010, p. 90)

2.1 O louco infrator no Brasil: o censo 2011 dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico e os casos julgados pelo STF

No Brasil, medida de segurança é a resposta penal aplicada a uma pessoa maior de 18 anos que comete fato tipificado como crime e é diagnosticada com doença mental. As medidas de segurança são de duas ordens: internação em estabelecimento de custódia e tratamento psiquiátrico (ECTP) e tratamento ambulatorial. O artigo 97 do Código Penal determina a internação de forma compulsória quando a infração cometida for apenada com reclusão. Se a pena for de detenção, o juiz poderá determinar tratamento ambulatorial (BRASIL, 1940).

A primeira instituição destinada exclusivamente aos loucos infratores foi o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, surgido em 1921 (hoje HCTP Heitor Carrilho). Anteriormente, eles eram recolhidos em alas de hospitais-gerais, em cadeias públicas ou, a partir de 1841, em hospícios como o Hospital Dom Pedro II, localizado no Rio de Janeiro e denominado Hospital Nacional dos Alienados após a proclamação da República; ou ainda no Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo, a partir de 1852 (CARRARA, 1998; CUNHA, 1986).

De acordo com o primeiro censo sobre a população recolhida em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTPs) no país, realizado em 2011, das 3.989 pessoas ali mantidas, 2.839 haviam sido internadas em razão de imposição de medida de segurança e 117 encontravam-se em medida de segurança por conversão da pena privativa de liberdade. A

diferença entre os dois números, ou seja, 1.033 indivíduos, representa aqueles em internação temporária: que aguardavam laudo de insanidade mental; ou com o laudo já finalizado, mas na expectativa de decisão judicial; ou que foram transferidos para os ECTPs para realizarem tratamento psiquiátrico de doença superveniente à condenação. Da população total, 39 indivíduos estavam internados para cumprimento de medida de segurança de tratamento ambulatorial, situação essa irregular, uma vez que tal tipo de cuidado não deveria ser realizado em ambiente de internação em estabelecimento de custódia hospitalar. Dentre os 2.839 segregados, 54 já tinham a medida de segurança extinta, mas eram mantidos internados (DINIZ, 2013:42).

O destino do louco infrator tem sido a segregação em ECTPs, compreendidos entre alas de tratamento psiquiátrico (situadas em presídios e penitenciárias, em um total de 3) e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (há 23 HCTPs no Brasil), denominados “manicômios judiciários” até a reforma operada no Código Penal em 1984. Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro abrigavam 3 hospitais cada. No Acre e em Amapá, Tocantins, Roraima, Maranhão, Mato Grosso do Sul e Goiás, não havia HCTPs. No Distrito Federal, em Rondônia e no Mato Grosso, os doentes mentais infratores estavam recolhidos em alas psiquiátricas de estabelecimentos prisionais comuns. Algumas dessas unidades foram construídas após o advento da Lei 10.216/01, que alterou o paradigma de cuidado para com o doente mental e excepcionou o modelo de internação como forma de tratamento. O HCTP de Franco da Rocha, em São Paulo, foi inaugurado em 2001; O Centro de Apoio Médico e Pericial de Ribeirão das Neves, em Minas Gerais, foi inaugurado em 2002; o HCTP do Piauí foi inaugurado em 2004; e o do Pará, em 2007 (DINIZ, 2013).

O censo encontrou 18 pessoas segregadas em ECTPs havia mais de 30 anos. Outras 606 tinham sido recolhidas havia mais tempo do que o prescrito em lei como pena máxima para o crime cometido e, ainda, 741 já poderiam estar livres do regime de internação pelos

mais variados motivos: porque já haviam obtido laudo de cessação de periculosidade, ou porque a medida de segurança havia sido extinta, por exemplo. Um número ainda maior de 1.194 indivíduos aguardava a realização de laudo psiquiátrico ou laudo de cessação da periculosidade não produzidos no prazo fixado em lei. A conclusão foi de que 47% da população contabilizada, ou seja, 1.866 pessoas não tinham a internação amparada pela legislação penal que rege o instituto da medida de segurança (DINIZ, 2013).

Entre os 3.989 indivíduos, 94% eram homens; 44% eram negros e pardos; 23% eram analfabetos; e 43% tinham ensino fundamental incompleto — uma população masculina, formada por negros e pardos, com baixa ou nenhuma escolaridade, socialmente vulnerável. O estudo também revelou que quase a metade dos homicídios (49%) cometidos pela população em medida de segurança foram praticados contra uma pessoa da família. Uma hipótese apresentada na introdução do estudo censitário foi o fato de o louco ser mantido em casa, sem sociabilidade fora da família, que, portanto, torna-se “um espaço de risco” (DINIZ, 2013, p. 18).

Esses dados coincidem com o grupo dos julgados estudados neste trabalho: eram seis homens e uma mulher internados e, em quatro casos, o crime teve como alvo uma pessoa da família (em dois deles, não há informação sobre a vítima). Além disso, o indivíduo que estava há menos tempo internado encontrava-se havia 23 anos em hospital de custódia. Três eram mantidos em regime de segregação havia mais de 30 anos. Não se sabe a escolaridade ou a cor deles. Os crimes, entre a população masculina, foram dois homicídios, duas lesões corporais e uma exposição a perigo de morte. Houve um caso em que a tipificação penal não foi anunciada. A mulher internada havia matado seus dois filhos. Ou seja, em sete casos, foram pelo menos três homicídios, dois deles contra pessoa da família e o outro com vítima não informada.

Perturbam os números que apontam a segregação de indivíduos por mais de 30 anos, mesmo depois de estar em vigor legislação federal que prevê a internação como medida excepcional e de haver atos normativos no mesmo sentido; sem falar nas garantias e nos direitos fundamentais constitucionalmente fixados e da incorporação, ao sistema jurídico, da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, com *status* de texto constitucional, como veremos a seguir.

2.2 A Constituição Federal, a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei 10.216/01

A Lei 10.216, de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial, modificou o paradigma de tratamento em saúde mental e garantiu direitos e proteção às pessoas com sofrimento psíquico. O maior destaque foi a garantia de que a internação seria realizada como medida excepcional, autorizada somente quando outros recursos de cuidado não se mostrassem suficientes. Nesses casos extraordinários, a segregação deveria englobar “serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer”, de forma a oferecer amparo integral à pessoa com sofrimento mental (BRASIL, 2001).

Em parecer produzido para o Conselho Federal de Psicologia, a respeito da aplicação da medida de segurança, principalmente após o advento da Lei 10.216/2001, Menelick de Carvalho Netto pontuou:

Fruto da luta pelo reconhecimento travada inclusive pelos próprios afetados organizados em movimentos sociais, a Lei 10.216/2001 expressa claramente a inclusão do portador de sofrimento ou transtorno mental no elenco daqueles a quem publica e juridicamente reconhecemos a condição de titular do direito fundamental à igualdade, impondo o respeito de todos à sua diferença ao considerar a internação sempre de curta duração, em quaisquer de suas modalidades, posto que necessariamente vinculada a momentos de grave crise, uma medida excepcional ao próprio tratamento. (CARVALHO NETTO, 2005, p.23).

Não por acaso, a lei definiu a reinserção social como “finalidade permanente” do tratamento psiquiátrico e explicitou a necessidade de trabalho conjunto com os serviços de atendimento extra-hospitalar, como o Núcleo de Atenção Social, o Centro de Atenção Diária e os Centros de Atenção Psicossocial. No tocante ao paciente hospitalizado por longo período, ou àquele em que se observa “grave dependência institucional” — como é o caso de muitos internados sob medida de segurança —, a lei previu “alta planejada e reabilitação psicossocial assistida” e assegurou a “continuidade do tratamento, quando necessário” (BRASIL, 2001).

A lei estabeleceu três tipos de internação: a voluntária ou consentida; a involuntária, na qual o sujeito não consente e o pedido é feito por um terceiro; e a compulsória, determinada pelo Poder Judiciário. Além disso, proibiu a internação em “instituições com características asilares”, enumerando os direitos e as garantias a serem observados dentro e fora do ambiente hospitalar, como acesso a informação, a meios de comunicação e a tratamento respeitoso e adequado às necessidades do paciente; a garantia de sigilo; e a proteção contra abusos.

Não houve menção expressa, na lei, à medida de segurança, embora a “internação compulsória” tenha sido listada como aquela determinada pela Justiça, inferindo-se daí a forma de segregação advinda de decisão judicial que impõe os estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico como destino para o inimputável. Por sua vez, as Resoluções 4 e 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP, 2004, 2010) dispõem que o cumprimento das medidas de segurança deve obedecer ao que determina a Lei 10.216. Da mesma forma, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2010), por meio da Resolução 113, regulamentou a matéria, sinalizando para todo o Poder Judiciário a orientação de respeitar a Lei Antimanicomial nos casos de internação em regime de medida de segurança.

O estatuto da medida de segurança, tal qual previsto no Código Penal, no Código de Processo Penal e na Lei de Execução Penal, diverge do que defende a Lei 10.216 e a Constituição Federal, a começar pelo caráter compulsório e pelo prazo indeterminado da

internação, que é de aplicação cogente para os inimputáveis.¹⁴ Como visto, a legislação de 2001 prevê que o instituto da internação, “em qualquer de suas modalidades”, é medida excepcional, a ser indicada quando esgotadas as tentativas de tratamento extra-hospitalar.¹⁵ Além disso, a própria Constituição proíbe as penas de caráter perpétuo;¹⁶ entende-se que o termo “pena” engloba toda forma de restrição de liberdade imposta pelo Estado àquele que descumpriu texto legislativo penal, alcançando, assim, as medidas de segurança.

A respeito da excepcionalidade da internação no regime do tratamento dos doentes mentais, Menelick de Carvalho Netto afirma:

O tratamento enquanto tal, segundo o disposto no parágrafo 1º do artigo 4º, em consonância com o direito assegurado ao portador de sofrimento mental no inciso II do parágrafo único do artigo 2º, terá como sua finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. A internação, assim, em rigor, só é excepcionalmente admitida, para os momentos de grave crise, quando os recursos extra-hospitalares revelem-se insuficientes, e, muito embora o parágrafo 2º do artigo 4º se refira ao ‘tratamento em regime de internação’, à luz dos demais dispositivos da lei, essa expressão apenas pode significar a admissão da internação, em quaisquer de suas modalidades, como uma medida excepcional, temporária e de curta duração, para possibilitar a continuidade do efetivo tratamento, que sempre promoverá a reinserção social do portador de sofrimento ou transtorno mental e não o seu isolamento. (CARVALHO NETTO, 2005, p. 23)

Em 2005, a partir do julgamento do HC 84.219/SP, o Supremo Tribunal Federal (STF) firmou entendimento de que a medida de segurança não poderia ter duração superior a 30 anos. De acordo com o artigo 75, do Código Penal, esse é o tempo máximo para o cumprimento de pena privativa de liberdade. Com fundamento no artigo 5º, inciso LVII, alínea b — que proíbe pena de caráter perpétuo —, o STF estendeu o limite fixado no Código Penal como parâmetro temporal para a medida de segurança. Então, desde a proclamação do precedente citado, a corte constitucional brasileira apontou para a inconstitucionalidade da medida de segurança que ultrapassar 30 anos.

A Constituição Federal de 1988 arrolou a dignidade da pessoa humana e a cidadania como fundamentos do Estado Democrático de Direito republicano. Além disso, elencou, em

¹⁴ Artigo 97 do Código Penal (BRASIL, 1940).

¹⁵ Artigo 4º da Lei 10.216 (BRASIL, 2001).

¹⁶ Artigo 5º, inciso XLVII, alínea b da Constituição Federal (BRASIL, 1988).

seu catálogo de garantias fundamentais, os direitos à liberdade e à igualdade. Inerente a esse último, está o respeito à diferença e, conseqüentemente, a proibição da discriminação em razão de gênero, religião, cor. Da mesma forma, entende-se merecer inclusão nesse rol a proibição da discriminação em função de diagnóstico de doença, seja mental ou física. O respeito a essas diferenças, as quais formam a identidade de um indivíduo, deve ser igualitário para que elas (as diferenças) não sejam empecilho de acesso a direitos. Em uma sociedade plural, complexa e democrática, devemos considerar uns aos outros “como se iguais fôssemos, não importando todas essas diferenças” (CARVALHO NETTO, 2012, p. 162).

Ainda em relação ao texto constitucional, no capítulo da ordem social, foi estipulado que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Esse conjunto de princípios forma a rede de proteção jurídica em torno do louco infrator. A defesa do direito a não discriminação, liberdade e saúde, bem como a preservação da dignidade está amparada por princípios constitucionais, lei federal, resoluções administrativas e tratado internacional.

A Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) foi incorporada ao direito brasileiro como texto constitucional¹⁷, aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo 186, de julho de 2008, e promulgada pelo Presidente da República por meio do Decreto 6.949, de agosto de 2009. O artigo 1º define como deficientes as pessoas com “impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial” e o artigo 3º arrola, dentre os princípios gerais afirmados na Convenção, “a plena e efetiva participação e inclusão na sociedade” (BRASIL, 2009). A abordagem inclusiva da pessoa com deficiência é princípio com *status* constitucional, o que reforça a orientação de que as interações terão caráter excepcional, tal qual previsto na Lei 10.216/2001.

¹⁷ Artigo 5º, parágrafo 3º, da Constituição Federal (BRASIL, 1998).

No entanto, todo esse arcabouço normativo não serviu de amparo aos pleitos julgados pelo STF entre abril de 2001 e junho de 2012, os quais questionaram a medida de segurança e/ou a internação do louco infrator. Em nenhum dos julgados a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência foi citada, embora quatro dos sete acórdãos tenham sido analisados após a incorporação do tratado ao sistema jurídico nacional, com *status* de texto constitucional¹⁸. A Lei 10.216/01 foi citada em cinco decisões¹⁹, mas, em três delas, a desinternação progressiva foi aplicada em dissonância com o que a referida lei prescreve²⁰.

Em um dos casos em que a Lei 10.216/01 não foi citada, o STF determinou que a desinternação fosse autorizada em regime de “semi-internação”, hipótese não contemplada no sistema legal.²¹ No outro, a decisão foi pela manutenção da internação em HCTP, porém, não sob o regime da medida de segurança — que foi julgada extinta por decurso do prazo —, mas sob o da interdição civil.²² Extinguir a medida de segurança e manter a internação sob outro fundamento consiste em corroborar a segregação, sobretudo porque, no caso, determinou-se que a pessoa permanecesse na mesma instituição na qual ela fora internada havia mais de 30 anos, o HCTP de Taubaté, em São Paulo.

Essas são algumas evidências de que o catálogo de direitos e garantias previstos no sistema jurídico nacional não tem sido utilizado como ferramenta de proteção da população de loucos infratores. Esses são segregados pelo marco normativo hegemônico porque identificados pelo estigma da doença mental e do perigo.

¹⁸ HC 107.432; RHC 103.383; HC107.777; HC 107.157.

¹⁹ HC 98.360; HC107.432; HC 103.383; HC 107.777; HC 107.157.

²⁰ HC 98.360; HC107.432; HC 103.383.

²¹ HC 97.621.

²² HC 84.219.

2.3 Medida de segurança e inimputabilidade no Código Penal, no Código de Processo Penal e na Lei de Execução Penal: o estatuto penal do louco infrator

Pena, medida de segurança e medidas socioeducativas são os tipos de resposta previstos na legislação em decorrência do cometimento de infrações penais. Os penalmente imputáveis são aqueles em que se observa “capacidade psíquica de culpabilidade”, ou seja, aquelas pessoas que possuem capacidade de compreensão e de autodeterminação (ZAFFARONI, 2007, p.535). O Código Penal define como inimputáveis os maiores de 18 anos que, “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado”, não têm, no momento do cometimento da conduta, plena capacidade de entendimento sobre a ilicitude do fato ou não conseguem agir de acordo com essa compreensão.²³ Os imputáveis recebem pena ao praticar um crime, os inimputáveis submetem-se à medida de segurança e os semi-imputáveis podem, a critério do julgador, ter pena reduzida ou receber medida de segurança. Verificado o comprometimento da cognição ou da vontade, o agente maior de idade será considerado inimputável e estará isento de pena, mas receberá medida de segurança.

A autodeterminação e a capacidade de compreensão são características importantes dentro da estrutura da culpabilidade, que é atributo do crime.²⁴ A inimputabilidade, ou a ausência dessas capacidades, é constatada por meio de exame médico-legal²⁵ e repercute no tipo de sanção aplicada: o imputável recebe pena; o inimputável maior de idade, medida de segurança; o semi-imputável, pena reduzida ou medida de segurança.²⁶

Tomando-se o conceito analítico de crime como a conduta típica, ilícita e culpável, a verificação do “fato-crime” dependerá da presença desses três elementos (TOLEDO, 1991, p. 82; ZAFFARONI, 2007, p. 339). Em linhas gerais, típica será a ação ou omissão que se

²³ Artigo 26 do Código Penal (BRASIL, 1940).

²⁴ São várias as teorias sobre a culpabilidade – psicológico; psicológico-normativa e normativa. Não é objetivo deste trabalho estudá-las. O que se fará aqui é um sobrevoos sobre a culpabilidade com foco na inimputabilidade, uma vez que são os inimputáveis maiores de 18 anos que recebem medida de segurança.

²⁵ Artigo 149 e seguintes do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941a).

²⁶ Artigo 97 do Código Penal (BRASIL, 1940).

justapõe a um fato normativo descrito abstratamente. O homicídio é uma conduta típica porque há, na legislação penal, a previsão de que “matar alguém” é crime.²⁷ Ilícita ou antijurídica será a conduta que contraria a ordem jurídica. Contudo, matar alguém pode não violar a ordem jurídica caso a conduta seja praticada em legítima defesa, que é causa de justificação – ou preceito permissivo²⁸. Assim, ilícitas ou antijurídicas serão as condutas realizadas em antagonismo com a ordem jurídica, a qual engloba a ordem normativa e as causas de justificação (TOLEDO, 1991, p. 85-86; ZAFFARONI, 2007, p. 489-490).

A culpabilidade, por sua vez, está relacionada a um juízo de reprovabilidade do injusto exercido sobre a pessoa que praticou o fato. A questão colocada pela culpabilidade consiste em analisar se aquela pessoa, naquelas circunstâncias em que ocorreram o fato típico penal, teria a possibilidade de agir de outro modo. Se a resposta for afirmativa, ou seja, se existisse, para o autor do fato, a possibilidade de agir de maneira diversa, ele será considerado culpável; caso contrário, não. Segundo Francisco Toledo, “só se pode emitir um juízo de reprovação ao agente que não tenha evitado o fato incriminado quando lhe era possível fazê-lo” (TOLEDO, 1991, p. 87).

No que tange ao presente estudo, o artigo 26 do Código Penal anuncia uma presunção de que o doente mental é incapaz de entender a ilicitude da conduta praticada ou de agir de acordo com seu entendimento. A incapacidade de agir de maneira diversa - verificada no momento do cometimento do fato ilícito - está associada a um diagnóstico de loucura ou de retardo mental, e torna o sujeito inculpável. Ou seja, a legislação preconiza que a conduta típica e antijurídica não será reprovável se for diagnosticada a loucura ou o retardo mental, fatores esses presumidamente incapacitantes do conhecimento do injusto, segundo o ordenamento penal. Sobre a culpabilidade, Eugênio Zaffaroni afirma:

Na doutrina, chamamos a conduta típica e antijurídica de injusto penal, reconhecendo que o injusto penal não é ainda delito, e sim que, para sê-lo, é

²⁷ Artigo 121 do Código Penal (BRASIL, 1940).

²⁸ Artigo 23 do Código Penal (BRASIL, 1940).

necessário que seja também reprovável, isto é, que o autor tenha tido a possibilidade exigível de atuar de outra maneira, requisito que não se dá, por exemplo, na hipótese do louco (de quem, em razão de sua incapacidade psíquica, não se pode exigir outra conduta). Esta característica de reprovabilidade do injusto ao autor é o que denominamos culpabilidade e constitui a terceira característica específica do delito (ZAFFARONI, 2007: 338-339).

Juridicamente, o inimputável não comete crime porque sua conduta é inculpável, sendo-lhe imposta, em vez de pena, medida de segurança:

As medidas de segurança são consequências jurídicas do delito, de caráter penal, orientadas por razões de prevenção especial. Consubstanciam-se na reação do ordenamento jurídico diante da periculosidade criminal revelada pelo delinquente após a prática de um delito. O objetivo primeiro da medida de segurança imposta é impedir que a pessoa sobre a qual atue volte a delinquir, a fim de que possa levar uma vida sem conflitos com a sociedade (PRADO, 2007, p. 704).

Portanto, havendo a suspeita de que a pessoa que praticou o fato típico é doente mental, o juiz designará perícia médica e, a depender do resultado do laudo, o sujeito será presumidamente tido como inimputável. Por meio de uma sentença absolutória — qualificada de “imprópria” pela doutrina (CARVALHO, 2013, p. 500) —, será aplicada medida de segurança, com a determinação de internação compulsória em ECTP ou tratamento ambulatorial.²⁹ Pode ocorrer, ainda, que a doença mental sobrevenha à condenação; nesse caso, mesmo se já em andamento a execução da pena privativa de liberdade, o réu será transferido para ECTP após a realização do exame médico.³⁰

No âmbito do sistema jurídico, a medida de segurança tem finalidade preventiva. A internação, sob o ponto de vista do ordenamento penal, visa ao tratamento para evitar a prática, pelo doente mental, de nova infração penal (NORONHA, 2000).³¹ O prazo é fixado em no mínimo de um a três anos, mas pode estender-se indeterminadamente até a verificação da cessação da periculosidade. A existência de laudo médico que reconheça a cessação tem como consequência a desinternação condicional, porque ocasiona a submissão do sujeito a

²⁹ Artigos 26 e 96 do Código Penal (BRASIL, 1940).

³⁰ Inciso VI e parágrafo único, inciso III, do artigo 386 do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941a).

³¹ Artigo 99 do Código Penal (BRASIL, 1940).

período de prova de um ano. Caso pratique, nesse período, ato que seja interpretado como persistência da periculosidade, o indivíduo retorna ao regime de internação.³²

O estatuto da medida de segurança, previsto no conjunto da legislação penal brasileira (Código Penal, Código de Processo Penal e Lei de Execução Penal), causa perplexidades e evidencia contradições. A primeira e mais evidente diz respeito à ausência de previsão de um teto máximo para o cumprimento da medida. A pena privativa de liberdade não pode ultrapassar 30 anos de prisão,³³ mas, segundo o Código Penal, as medidas de segurança podem ser cumpridas por prazo indeterminado e, além disso, têm tempo mínimo de duração. Se o escopo é o tratamento, impingir um piso a ele ou deixar que perdure indefinidamente significa “exigir de uma doença que respeite os prazos legais” (CARRARA, 1998, p. 31).

Essa dubiedade de abordagem expõe a desigualdade entre os preceitos legais previstos para o imputável e o inimputável infrator, diferenciação essa que se expande do texto da lei para as decisões judiciais, como se pode observar no caso de Atalíbio Sander (STF, 2009a). Em 5 de agosto de 1981, Atalíbio praticou lesões corporais que consistiram em “socos e pontapés” em sua mãe e “uma pedrada” em uma terceira pessoa, que passava em frente a sua casa. Tal crime, à época, já era punido com detenção de três meses a um ano.³⁴ O que se modificou desde 1984 foi o regime da medida de segurança. Anteriormente à reforma do Código Penal, o inimputável poderia receber pena privativa de liberdade e medida de segurança, o que era denominado como sistema do duplo binário.³⁵

Em 2009, quando o caso foi julgado pelo STF, Atalíbio estava internado havia quase 28 anos. Caso um indivíduo não diagnosticado com sintomas de loucura tivesse cometido a mesma infração e recebido pena privativa de liberdade no montante máximo, poderia estar solto há mais de duas décadas. Para o inimputável, o regime que se impõe é o da verificação

³² Parágrafos 1º, 2º e 3º do artigo 97 do Código Penal (BRASIL, 1940).

³³ Artigo 75 do Código Penal (BRASIL, 1940).

³⁴ Artigo 129 do Código Penal (BRASIL, 1940).

³⁵ Parágrafo único do artigo 26 e artigo 98 do Código Penal (BRASIL, 1940).

de insanidade mental — via laudo psiquiátrico —, sentença absolutória e internação compulsória por prazo indeterminado.

Além disso, a lei prevê o tipo de tratamento — ambulatorial ou internação — utilizando como parâmetro a gravidade da pena.³⁶ A prática de um ato punível com detenção (teoricamente menos grave) pode ter como correspondência o tratamento ambulatorial, cabendo internamento compulsório se o crime comportar reclusão. Esse critério demonstra a intromissão legal sobre matéria que seria de atribuição médica, pois, “se é tratamento, quem determina é o médico, se será no ambulatório ou no hospital, e quanto tempo deverá durar” (DELGADO, 1992, p. 104). Todas essas dubiedades observadas no estatuto da medida de segurança revelam que, para o louco infrator, a resposta penal é perversa: pode consistir em restrição de liberdade por prazo indeterminado, forjada sob a promessa de tratamento.

O pressuposto necessário para declarar a inimputabilidade decorrente de doença mental, para o maior de 18 anos, é a pessoa não compreender o caráter ilícito do fato ou não ser capaz de autodeterminação. A inimputabilidade é verificada por meio de perícia em procedimento denominado “incidente de insanidade mental”, ocasião em que o médico psiquiatra responde a quesitos formulados pelo juiz a respeito destas duas capacidades: cognição sobre a ilicitude e liberdade de atuação no momento do fato criminoso. Esse juízo, que é de competência de um perito médico, poderá acarretar a fixação da medida de segurança se, ao final do processo criminal, forem comprovadas também a tipicidade e a ilicitude da conduta. Nesse caso, o juiz proclamará uma sentença absolutória em que determinará tratamento ambulatorial ou internamento compulsório em ECTP.³⁷

A periculosidade é entendida, pela doutrina do Direito Penal, de duas maneiras: “o simples perigo para os outros ou para a própria pessoa” e como a probabilidade de cometimento de nova infração pelo doente mental (ZAFFARONI, 2007, p. 732; NORONHA,

³⁶ Artigo 97 do Código Penal (BRASIL, 1940).

³⁷ Artigos 26 e 97 do Código Penal (BRASIL, 1940); e 149 e 386, inciso IV, do Código de Processo Penal (BRASIL, 1941a).

2000). Verificada a inimputabilidade por doença mental, a lei determina que seja aplicada a medida de segurança, a qual perdurará até que seja constatada, também por laudo, a cessação da periculosidade.³⁸ O perito psiquiatra, nesse segundo momento, analisará o dispositivo da periculosidade e elaborará laudo em que deverá indicar a potencialidade de o sujeito voltar a cometer infração penal, um juízo que está ligado ao diagnóstico da persistência da doença mental. A observância da sintomatologia é compreendida como periculosidade e constitui elemento-chave para a tomada de decisão a respeito da manutenção da medida de segurança.

Outro ponto de estranhamento em relação à legislação diz respeito à Lei de Execução Penal, que lista os HCTPs no título “Dos Estabelecimentos Penais”, em cujo rol também se incluem as penitenciárias, as colônias agrícolas e industriais e as cadeias públicas.³⁹ Em contrapartida, a Resolução 5 do CNPCP previu, em 2004, que “os hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos deverão estar integrados à rede de cuidados do SUS”. Isso demonstra mais uma ambiguidade em torno da medida de segurança e evidencia que o sistema jurídico vacila em relação à natureza dos estabelecimentos de custódia: eles são classificados como estabelecimento penal – vinculados, portanto, à engrenagem da segurança pública –, mas devem ser integrados ao Sistema Único de Saúde. Ambiguidades e estranhamentos também constarão dos julgados do STF, passemos à análise deles.

³⁸ Parágrafo 1º do artigo 97 do Código Penal (BRASIL, 1940) e artigo 175 da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984).

³⁹ Título IV da Lei de Execução Penal (BRASIL, 1984).

3 OS ACÓRDÃOS JULGADOS PELO SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

Eu entendi da inicial que a Defensoria Pública quer que se decrete ou a prescrição, ou seja, dizendo que, passados trinta anos, o paciente, independente do seu estado mental, deve ser colocado na rua. Aí eu creio que isso é temerário. [...]. Afastamos [a medida de segurança]. Podemos afastar, mas nós o colocamos [Luiz Adolfo Worm] sob custódia do Estado em um hospital psiquiátrico.

[...]

Não, nos termos da Lei 10.216, porque amanhã deixamos, aí, um paciente dessa natureza solto e ele comete um desatino, o Supremo Tribunal Federal será responsabilizado. Eu não quero assumir essa responsabilidade.

Ministro Relator do HC 98.360/RS (p. 1.115-1.116/1.124).

3.1 Critérios e método da análise dos dados

Os dados analisados neste trabalho foram obtidos no sítio eletrônico do Supremo Tribunal Federal (STF). Na página principal (www.stf.jus.br), no campo designado “jurisprudência”, foram inseridas, em conjunto e separadamente, as expressões “Medida de segurança” e “Lei 10.216” (com as variações “10.216/01”, “10.216/2001”, “Lei 10.216/01” e “Lei 10.216/2001”). Essa escolha foi feita para que pudessem ser coligidas eventuais decisões que, embora julgadas após o advento da referida legislação, não a mencionassem. O marco temporal compreendeu o intervalo entre abril de 2001 (quando publicada a lei) e agosto de 2013 (quando iniciado o processo de escrita da dissertação).

Foram encontradas dezesseis decisões: dois agravos regimentais, um recurso extraordinário, três recursos em *habeas corpus* e dez *habeas corpus*. A pesquisa foi repetida em data diversa, sem que houvesse diferença no resultado. Além disso, requereu-se ao serviço de jurisprudência do STF que realizasse a mesma busca. Foram resgatados, por essa via, outros dois julgados, ambos *habeas corpus*. Ou seja, encontrou-se um total de dezoito casos. Obtido o rol dos julgados, novamente recorreu-se ao sítio eletrônico do STF. No campo “processos” e, dentro dele, em “andamentos processuais”, foram inseridos os números dos

recursos e dos *habeas corpus*, acessando assim o histórico de cada caso, bem como o inteiro teor dos julgados. Nenhum deles estava sob sigilo; todos são públicos e podem ser consultados por qualquer pessoa.

O objetivo dessa primeira etapa foi fazer o levantamento das decisões do STF e selecionar aquelas que seriam objeto de análise. Das dezoito decisões, onze foram descartadas. O corte teve como critério a seleção de julgados em que o doente mental infrator tivesse sido internado sob o regime da medida de segurança em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). Além disso, o mérito da decisão deveria tratar do tema medida de segurança/internação. Em alguns dos acórdãos, embora se mencionasse a internação em medida de segurança, os julgamentos limitaram-se a abordar, por exemplo, a competência do órgão jurisdicional ou a legalidade do uso de algemas na fase pré-processual. Um outro dizia respeito a internação em HCTP, mas não sob o regime da medida de segurança. Em alguns casos, o STF foi provocado a se manifestar, em repercussão geral, sobre o alcance do indulto às pessoas internadas sob medida de segurança. Por isso, a eleição dos acórdãos analisados neste trabalho teve como parâmetro o mérito do julgamento; medida de segurança e internação em ECTP teriam de ser o tema do debate.⁴⁰

Em uma segunda etapa, foi feita a análise dos dados, entendendo-se por análise a interação entre a pesquisadora e os dados e, por dados, as sete decisões selecionadas. A interação com o dado ocorreu de forma a buscar a teoria a partir dele. O estudo tentou entender se haveria relação, nos julgados da corte constitucional brasileira, entre periculosidade, perigo, internação e loucura criminoso. Se positiva a resposta, seria verificado se tal trama influenciaria eventual tomada de decisão segregadora ou limitadora da circulação

⁴⁰ Os dezoito casos são: AgRg no RE 612.862/RS; AgRg no RE 640.135/DF; Repercussão Geral no RE 628.658/RS; RHC 82.924/SP; RHC 86.888/SP; RHC 100.383/SP; HC 84.219/SP; HC 87.614/SP; HC 90.226/SP; HC 97.621/RS; HC 98.360/RS; HC 85.401/RS; HC 104.167/SP; HC 107.432/RS; HC 107.777/RS; HC 111.769/RS; HC 114.756/RS e HC 107.157/RS (estes dois últimos resgatados pelo serviço de jurisprudência do STF). Casos analisados: HC 84.219/SP; HC 97.621/RS; HC 98.360/RS; HC 107.432/RS; RHC 100.383/SP; HC 107.777/RS; e HC 107.157/RS.

do indivíduo no mundo. A metodologia aplicada, portanto, foi a teoria fundamentada (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Foram lidos e estudados acórdãos em que o STF decidiu sobre a internação em HCTP de sete pessoas consideradas inimputáveis pelo critério estabelecido no artigo 26 do Código Penal. Não foi em todos eles que houve menção ao laudo de sanidade mental ou ao laudo de cessação de periculosidade, como também não foi em todos que a classificação da doença mental foi proclamada. A todos os indivíduos, porém, foi determinada a internação em HCTP em razão de eles terem recebido, em algum momento no curso do processo a que responderam, laudo pericial confirmatório da existência de sintomas de doença mental.

Os julgados narram um rumor parcial sobre a história das sete pessoas, pois desvelam somente o cruzamento entre a infração que cometeram e os sintomas de loucura nelas identificados. As decisões do STF foram as últimas no conjunto de atos e procedimentos denominado processo judicial. Um fragmento dentro de outro, e o processo traduz-se em um recorte na trajetória daqueles indivíduos. Para Foucault, os textos que compõem os arquivos são como “notícias”, relatos breves e pontuais sobre a banalidade da vida. Porém, as vidas dessas pessoas tornaram-se notícia e ultrapassaram a linha do anonimato porque, em algum momento de suas existências, houve o encontro delas com o poder (FOUCAULT, 2012).

São “vidas de homens infames”, banais, marcadas pela violência, pela miséria ou pelo infortúnio. Esses indivíduos não seriam lembrados se não houvesse esse encontro com o poder, desvendado pelos registros dos arquivos. No presente trabalho, os rastros da existência dessas sete pessoas diagnosticadas como loucas criminosas revelaram-se nos julgados do STF. A tática do poder que as apreendeu opera ferramentas judiciais e psiquiátricas em nome de um dito perigo que elas — loucas criminosas — podem gerar para si e para a sociedade, pelo fato de serem insanas e de já terem praticado fato descrito como crime.

Não por outro motivo, a restrição da liberdade desses sete indivíduos ocorre em cumprimento a uma medida *de segurança*. É segurança que se discute. Travestida como tratamento para alguns ou sanção de natureza penal para outros, ela tem por finalidade a internação em ECTP, muitas vezes, por tempo indefinido — apesar de o STF já ter se pronunciado pela inconstitucionalidade da segregação em medida de segurança por mais de 30 anos..⁴¹

Vale ressaltar, por fim, que ministro algum foi identificado quando da análise dos votos neste estudo. Não se observou divergência em relação aos resultados dos julgados e, como as decisões ocorreram em bloco, fundamentadas em teses igualmente sustentadas por todos, não se mostrou relevante a apresentação nominal dos magistrados. Por outro lado, todos os casos são públicos, o inteiro teor dos acórdãos pode ser acessado livremente no sítio eletrônico do STF e não houve a imposição do caráter sigiloso a nenhum deles, por isso, os nomes das pessoas segregadas foram mantidos da forma que se apresentaram nos votos.

3.2 A desinternação progressiva

A desinternação progressiva foi aplicada pelo STF em quatro dos sete acórdãos analisados. Todos se referiram a casos de longa internação. Em dois, o crime cometido foi o de lesão corporal, com medida de segurança restritiva de liberdade prolongando-se por 28 e 23 anos;⁴² em outro, tentativa de homicídio, com internação por 28 anos;⁴³ e, no quarto caso, não há informação quanto à tipificação do crime cometido, mas a internação durava 31 anos na data do julgamento pelo STF.⁴⁴ Em três dos quatro casos em que se decidiu pela desinternação progressiva, o STF fez menção ao laudo psiquiátrico, que, por sua vez, utilizou-se da expressão “periculosidade” como elemento de análise, seja para corroborar a

⁴¹ HC 84.219/SP (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2005).

⁴² HC 97.621/RS e RHC 100.383/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2009a, 2011).

⁴³ HC 107.777/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012b).

⁴⁴ HC 107.157/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012a).

manutenção da internação, seja para justificar a concessão do benefício. Em nenhum dos casos em que se fez menção ao laudo, a perícia médica reconheceu a periculosidade como cessada.

Em quatro julgados, o Supremo registrou: “o caso não é mais um caso penal. O caso é de saúde pública e como tal deve ser tratado”. Todavia, nos acórdãos não há a indicação do que sejam casos de saúde pública, tampouco revelaram explicitamente o conceito de “periculosidade”, não houve indicação de como se detecta o “perigo”, tampouco se explicou o que seria um caso “penal” ou se distinguiu deste os casos de “saúde pública”. Mas as decisões deixaram pistas. Tentemos percorrê-las.

3.2.1 Atalábio

Atalábio Sander foi internado no Instituto Psiquiátrico Forense (IPF), em Porto Alegre (RS), em 1981. Semanas antes, havia agredido sua mãe com socos e pontapés. No mesmo dia, atirou pedras em uma pessoa que passou em frente a sua casa. O fato a ele imputado foi o de lesão corporal simples, cuja pena pode variar de 3 meses a 1 ano de detenção.⁴⁵ No acórdão, não há menção à classificação médica da doença.⁴⁶ O ministro relator, no entanto, registrou que a infração havia sido cometida em um “acesso de loucura”. O trecho do laudo psiquiátrico realizado em 2007 e transcrito no voto apontou que Atalábio apresentava “alguns elementos determinantes de sua periculosidade social, tais como sintomatologia psicótica paranoide pouco responsiva à medicação anti-psicótica e ausência de suporte sócio-familiar efetivo”.

Fundado na “permanência de fatores da periculosidade social”, o acórdão revelou que o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS) optou pela internação em regime de medida de segurança, o que foi ratificado pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ). O STF, por sua vez, resgatou o entendimento do juiz monocrático para determinar a alta planejada com

⁴⁵ Artigo 129 do Código Penal (BRASIL, 1940).

⁴⁶ HC 97.621-2/RS (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2009).

desinternação progressiva.⁴⁷ Referindo-se à decisão de primeiro grau, o STF qualificou a periculosidade como “controlada” e ressaltou que a medida de segurança estava sendo cumprida desde 1992 sob o regime de alta progressiva, graças ao qual Atalíbio pôde frequentar curso fora do IPF, tendo apresentado “bom desempenho”. A conclusão do acórdão do STF foi:

O histórico criminal do paciente é pouco relevante, e, conquanto os laudos firmem que a periculosidade ainda não cessou por completo, a despeito de inequívoca melhora, a decisão de primeiro grau pesou tal circunstância, ao determinar o encaminhamento do paciente a hospital psiquiátrico, mantido o fornecimento dos medicamentos que vêm sendo ministrados pelo Instituto Psiquiátrico Forense (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2009a, p. 600).

Motivo de estranhamento é o fato de Atalíbio ter sido beneficiado pelo regime de alta progressiva desde 1992 — “usufruindo de pequenas e controladas saídas da instituição e frequentando aulas, em que apresentou bom desempenho” — mas, mesmo assim, o laudo psiquiátrico, em 2007, ter atestado que ele apresentava sintomas de “periculosidade social”. O acórdão não detalhou a natureza das aulas, o curso frequentado, a carga horária, tampouco como era o deslocamento de Atalíbio, mas registrou, ao transcrever a decisão tomada em primeira instância:

No ano de 2000, o paciente seguiu em unidade aberta, fazendo uso regular de medicação antipsicótica, participando das atividades rotineiras da unidade e usufruindo do benefício da alta progressiva com saídas diárias pelas redondezas da instituição, também com períodos em que fica em sua casa em Novo Hamburgo, combatendo-se, assim, as manifestações importantes de hospitalismo que apresenta.⁴⁸

Desde 1992 Atalíbio foi beneficiado com alta progressiva, sendo tal regime mantido em 2000 — época em que saía diariamente do IPF — e, além disso, foi permitido a ele ir para casa, mesmo que por curtos espaços de tempo, e se nesse intervalo não cometeu fato típico.

⁴⁷Alta progressiva ou alta planejada é o benefício concedido pelo juiz da vara de execução penal ao interno sob medida de segurança que permite saídas do Estabelecimento de Custódia e Tratamento Psiquiátrico por períodos breves ou prolongados, a depender da avaliação da equipe terapêutica e do laudo de cessação de periculosidade (PACHECO, 2006).

⁴⁸No regime de alta progressiva ou alta planejada, a pessoa recebe autorização para saídas controladas. No caso de Atalíbio, o acórdão não expressa claramente como ocorriam tais saídas, mas é categórico em afirmar que ele frequentou curso fora da instituição manicomial e auxiliou a sobrinha a adquirir uma casa.

Assim, a “periculosidade social”, como registrada no laudo pericial realizado em 2007, merece ser estranhada. Se por mais de 8 anos circulou entre o território do IPF e o do ambiente familiar, não cometeu novo fato típico e, além disso, ajudou a sobrinha a comprar um imóvel, infere-se que a persistência da periculosidade social “controlada” se reduza à presença de sintomas da doença mental, ainda que abrandados. Desta maneira, a periculosidade é revelada pela persistência da doença mental e confundida com ela.

Para Foucault, o laudo pericial é um gênero do discurso que, inserido na burocracia judicial, serve de fundamento para a decisão acerca da liberdade ou da custódia de uma pessoa, ou seja, tem o poder “de vida ou de morte”. A perícia carrega também um “discurso de verdade” porque elaborado por um saber que se apresenta com estatuto de cientificidade (FOUCAULT, 2011, p. 7). A perícia vale pelo fato de ser um médico quem a assina: o profissional da medicina, justamente por carregar esse título, inaugura uma verdade sobre o louco. Fundada no conhecimento científico que se acredita inerente à sua formação, a *persona* do médico garante a veracidade da perícia. Há, portanto, a verdade do laudo, realizada e inaugurada pela psiquiatria.

Contudo, aquilo que se inscreve no laudo pericial não é passível de confrontação. No caso estudado, a persistência da psicose paranoide — depois de mais de duas décadas de internamento e de medicação — atrelada à ausência da família foram as evidências médicas apontadas na perícia para a verdade sobre o que se classificou como periculosidade social identificada em Atalíbio. Além de ser discurso de vida ou de morte, Foucault também qualifica a perícia médica como “discursos de verdade que fazem rir” (FOUCAULT, 2011, p. 7).

O enunciado de verdade e de morte - traduzido em avaliação médica cujos dispositivos são a doença mental e a ausência de família, a resultar na periculosidade social –, é chamado por Foucault de discurso “ubuesco” ou “grotesco”. Não há aqui um sentido injurioso, como

afirma o filósofo, mas uma maneira de definir uma categoria, qual seja, o “ubuesco” e o “grotesco”, que adere à engrenagem do poder político para que este transmita seus efeitos (FOUCAULT, 2011, p.11/13). Por meio do discurso que faz rir - e acoplado a ele – o poder político se disfarça para difundir seus efeitos. Segundo Foucault, tal mecanismo tem sido utilizado pela burocracia administrativa desde o século XIX, como também foi um meio de propagação da soberania arbitrária (FOUCAULT, 2011, p.12). Assim, ao revelar um discurso de verdade com caráter de cientificidade, a perícia médica revela-se como mecanismo de poder político. Avaliar a periculosidade de alguém torna-se grotesco e ubuesco à medida em que, para uma pergunta irrespondível — “esta pessoa é perigosa?” —, somente uma resposta ridícula: “a psicose persiste e o louco não tem família”.

Além disso, o laudo pericial, como gênero do discurso, produz um duplo que acompanha o crime, mas não é o crime: é o comportamento do sujeito periciado. Foucault denomina esse duplo também de “dublê”; a perícia faz dele o seu objeto e cria um dobramento entre crime e comportamento. O duplo ou dublê são qualificações de ordem moral ou parâmetros de conduta que fogem do campo penal. São apresentados como causa do cometimento do crime, como também serão o alvo daquilo que se espera corrigir no infrator. Tendo a infração penal como suposto, a perícia cria um duplo sobre o qual recairá a técnica da normalização, ou seja, uma tecnologia de poder cuja pretensão é de transformação e correção (FOUCAULT, 2011, p.14).

Atalíbio cometeu lesão corporal e o dublê do seu crime no discurso médico-penal traduziu-se na “personalidade psicótica paranoide” travestida de periculosidade. A punição não incidiu sobre a lesão corporal, a qual acarretaria, no máximo, 1 ano de detenção. A permanência da periculosidade, mesmo que controlada — mas sempre atrelada à “sintomatologia psicótica paranoide” — resultou em quase três décadas de internação. A medida de segurança aplicada em ECTP não teve como objetivo tratar a doença mental

crônica diagnosticada em Atalíbio. O que se percebeu com a internação duradoura foi uma pretensão de suspensão, não da doença, mas do comportamento: a transformação do indivíduo por meio de sua readaptação a um padrão normalizador hegemônico.

Tanto é assim que o acórdão recorreu à seguinte fundamentação para justificar a desinternação progressiva: indicação de periculosidade controlada; alta progressiva desde 1992; frequência a aulas e bom desempenho; “histórico criminal pouco relevante” e “inequívoca melhora”, embora tenha ressaltado que, segundo os laudos, a periculosidade persistia. Tal periculosidade — que se atenua, mas não cessa — não se identifica com uma ameaça à segurança individual ou coletiva. Sua persistência, verificada nos laudos médicos, indica a permanência da doença mental. O laudo de cessação, exigido pela lei como requisito para a declaração da extinção da medida de segurança, tem relação com a permanência da doença mental.

O poder, seja disciplinar ou normalizador, utilizando-se de tecnologias de transformação, terá como foco de atuação o duplê, ou seja, o comportamento do sujeito, não a sintomatologia da doença mental. Esta pode persistir e ser considerada crônica, todavia não será empecilho para que o doente mental volte a circular no mundo, desde que dentro de um espaço controlado e desde que os sintomas da loucura tenham sido acalmados. No caso de Atalíbio, o STF concedeu-lhe o direito de desfrutar da desinternação progressiva, mesmo havendo laudo pericial a constatar a periculosidade, entendida aqui como persistência da doença mental.

O que mudou? As técnicas disciplinares de docilização do corpo surtiram efeito sobre Atalíbio, operando-se uma correção na maneira de ele agir: do louco que fere a mãe e atira pedras porta afora àquele que frequenta aulas, apresenta bom desempenho e se beneficia de saídas controladas sem cometer novas infrações penais ou perturbar a ordem social. Atalíbio foi domesticado pelas estratégias de docilização do corpo empregadas pelo poder psiquiátrico

no IPF. Mas não foi somente isso, pois a imposição da disciplina sobre Atalábio surtiu efeito já em 1992, época em que primeiro se beneficiou do regime da alta planejada.

Se os dispositivos normalizadores estavam operando sobre Atalábio havia décadas, por que a desinternação progressiva não foi aplicada antes? Uma hipótese é que, talvez, Atalábio não tivesse quem o abrigasse ou quem reclamasse por sua liberdade, por isso a citação da “falta de suporte familiar” no laudo pericial. A outra, que não descarta a primeira, é a de que uma nova economia de poder estivesse atuando sobre Atalábio. O alvo dessa nova forma de controle é a população, não o indivíduo, então, manter Atalábio internado significa controlar a população formada pelos loucos infratores. A tecnologia de poder disciplinar e normalizador opera sobre o corpo; a outra tecnologia de poder tem como alvo o conjunto da população, e ela não é “individualizante, mas [...] massificante” (FOUCAULT, 2010b, p. 204).

Na França do final do século XVIII, emergiu uma técnica de controle investida não sobre o corpo, mas sobre a população. No âmbito de uma sociedade que se industrializou, migrou do campo para a cidade e eclodiu em número, uma nova economia de poder entrou em funcionamento, “biopolítica” foi como Foucault a denominou. Ela funciona paralelamente aos mecanismos disciplinares e suas tecnologias de poder têm como objetivo a regulamentação dos eventos que ocorrem sobre a massa, o eventual controle desses eventos e a compensação dos seus efeitos. Segundo Foucault, “é uma tecnologia que visa, portanto, não o treinamento individual, mas, pelo equilíbrio global, algo como uma homeostase: a segurança do conjunto em relação aos seus perigos internos” (2010b, p. 209).

Atalábio faz parte da população dos loucos infratores, que representa um dos “perigos internos” à sociedade. No caso dos doentes mentais que infringiram a lei, o controle é realizado por meio da internação em medida *de segurança*. A internação não é terapêutica, não tem o objetivo de tratar ou curar o doente mental; o propósito é a segurança do coletivo em relação aos loucos. Atalábio apresentava bom comportamento desde 1992, tanto que pôde

desfrutar da alta progressiva, mas sempre sob controle. Em 2009, quase duas décadas depois da alta, o STF determinou que lhe fosse aplicada a desinternação progressiva, mas estipulou prazo: seis meses. O que mudou entre 1992 e 2009 foi a rubrica chanceladora da circulação controlada de Atalíbio pelo mundo: de alta à desinternação progressiva, agora por período demarcado pelo STF.

A Lei 10.216/01 não prevê condição temporal para a desinternação. A diretriz norteadora da legislação é a que visa à reinserção social. Em se tratando de doente mental em situação de “dependência institucional”, a lei determina “política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial”, sem condicionantes. As residências terapêuticas são o local destinado ao cuidado para com os egressos de hospitais psiquiátricos internados em longa permanência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). As regras protetivas não alcançaram Atalíbio, no entanto. Para os loucos que não cometem fato descrito como crime, talvez valham os direitos e as garantias constitucionais, a internação psiquiátrica como medida de exceção, o cuidado em residências terapêuticas. Em relação a Atalíbio, o STF, além de ter determinado a desinternação progressiva condicionada a prazo, apresentou a seguinte conclusão na ementa do acórdão: “a melhora do quadro psiquiátrico do paciente autoriza o juízo de execução a determinar procedimento de desinternação progressiva, em regime de semi-internação”.

A ementa é um mero resumo do julgado, mas, nesse caso, revela a aplicação de um modulador restritivo de direito não previsto na legislação de regência, porquanto a Lei 10.216/01 não disciplina regime algum de semi-internação.. Pode ser que, para o STF, desinternação progressiva e semi-internação sejam o mesmo instituto, contudo, pela leitura do acórdão, observa-se mais um constrangimento pela longa internação, aliado a uma justificativa defensiva por parte do Supremo, do que uma preocupação com Atalíbio: “a internação do paciente conta 27 anos e 5 meses. É certo que já se afastou a

constitucionalidade de medida de segurança por tempo indeterminado. Mas, aqui, a medida ainda não atingiu o limite máximo de trinta anos [...]”.

De acordo com a jurisprudência do STF, a internação prolongada de Atalíbio não violou a garantia da vedação de pena de caráter perpétuo, pois 27 anos e 5 meses não são ainda trinta. Cumprido o procedimento e respeitado o precedente do Supremo, não se questionou a segregação, por quase três décadas, de alguém cuja atitude criminosa consistiu em dar socos na mãe e jogar pedras rua afora. Para o Supremo, mais destaque teve o tema relativo ao limite temporal.

O caso de Atalíbio não é penal, tampouco de saúde; é de segurança e circulação para a defesa do território onde transitam os não-loucos-criminosos. Atalíbio faz parte de uma população que representa “perigo interno” à sociedade e, portanto, seu espaço de circulação foi controlado e reduzido. A disciplina operou sobre seu corpo, que foi docilizado e acalmado. O poder normalizador o transformou em alguém que frequentou curso, teve bom desempenho e conseguiu até ajudar a sobrinha a comprar uma casa. Depois de ter sido disciplinado e transformado, Atalíbio tornou-se alvo do biopoder, cuja estratégia de atuação foi regulamentar a circulação do louco infrator.

Pela engrenagem da biopolítica, o STF reforçou a apartação do louco infrator, assumindo o papel de sentinela do território interditado àqueles cuja circulação deve ser limitada em prol da segurança do conjunto. Juridicamente, a situação de Atalíbio foi cenário de um incremento: retomou-se a desinternação progressiva determinada em primeiro grau e negada pelo TJRS e pelo STJ. Isso decorreu menos de uma preocupação com o destino do indivíduo Atalíbio e mais do dever de proteção da Constituição Federal. O STF tem por ofício ser o guardião do texto constitucional e isso significa a obrigação de zelar para que não haja pena de caráter perpétuo, seja na forma de medida de segurança, seja na de restrição da liberdade via prisão convencional.

3.2.2 Jorge Alberto

O acórdão do STF proferido no *habeas corpus* impetrado em favor de Jorge Alberto Rohloff é sucinto: o voto tem duas laudas. Na primeira delas, o relator enumera os antecedentes sobre os casos de medida de segurança já julgados pelo tribunal e o resultado das respectivas decisões. Na segunda, há a afirmação de que Jorge foi internado no IPF em 1984 e está sob o regime de alta progressiva desde 1986, informação esta mencionada depois do registro de que laudos médicos (no plural) apontavam para o “controle medicamentoso dos sintomas manifestados” pelo paciente. Não há menção à classificação da doença, tampouco são reportados os sintomas eventualmente apresentados em Jorge. Antes de decidir pelo regime da desinternação progressiva, recuperando-se a solução concedida em primeira instância, o STF repete o que havia citado no julgado de Atalíbio: “o caso não é mais um caso penal. O caso é de saúde pública e como tal deve ser tratado” (p. 7).

Jorge nasceu em 1962, foi internado em 1984 e teve seu *habeas corpus* julgado pelo STF em 2012. Passou mais tempo sob o regime de medida de segurança do que fora dele. Quanto ao crime cometido, o acórdão não é preciso. Ao citar as informações do juiz de primeira instância, o relator transcreve trecho segundo o qual Jorge teria praticado tentativa de homicídio. No entanto, ao fazer a tipificação legal, o Supremo elenca artigos do Código Penal referentes a tentativa de homicídio e a homicídio, como se ambos tivessem sido cometidos conjuntamente.⁴⁹ No mesmo trecho, o relator aponta, em negrito, que Jorge encontrava-se em “sua comunidade de origem” desde 2009.

Entre os casos de Atalíbio e de Jorge, não se consegue traçar homogeneidade de pensamento ou de coerência entre os julgamentos. O primeiro cometeu um crime tido como

⁴⁹ “O paciente JORGE ALBERTO ROHLOFF sofreu medida de segurança por ter, no dia 14/12/1984, praticado o delito de tentativa de homicídio, crime tipificado no artigo 121, *caput* c/c art. 61, II, “F” e art. 121, *caput*, c/c 61 “e” c/c art. 14, II todos do Código Penal” (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2012b, p. 4).

menos grave pelo Código Penal, com pena de detenção de, no máximo, um ano; entretanto, ficou mais tempo internado e levou dez anos para que lhe fosse concedido o benefício da alta progressiva. Jorge praticou infração mais grave, mesmo considerando que tenha tentado matar alguém, descartando-se o homicídio. Ocorre que, dois anos depois da internação, estava em alta progressiva e, no total, ficou menos tempo internado. Em ambos, há a indicação de que os sintomas da doença estavam acalmados quando da concessão do benefício. Não se sabe, porque não explícito nos julgados, se o sucesso do controle medicamentoso dos sintomas foi a condição para o deferimento da alta progressiva, mas se observa que a natureza menos grave da conduta não implica em decisão sobre menos perigo.

No entanto, nos dois eventos, a conclusão do STF foi a de que o “caso era de saúde pública” e não mais “um caso penal”. Esse entendimento, sim, revela um padrão de argumento do qual se depreendem os motivos pelos quais o STF justificou a transformação da natureza penal em de saúde pública no caso de Atalíbio. Os 30 anos figuraram como o marco divisório entre o que é e o que deixa de ser um caso penal. Manter alguém internado em medida de segurança por 30 anos, ou mais, fere a Constituição Federal, como decidiu o STF ao julgar o HC 84.219/SP, afinal, ela garante que não haverá pena de caráter perpétuo.

Passado aquele tempo, o que fazer com o sujeito, já que ele não pode continuar sob medida de segurança? Transferi-lo para outra alçada de cuidados. Jorge chegou perto dos 30 anos de internação, não estava no limite, mas quase lá. Ele foi disciplinado e normalizado, a ponto de estar integrado à comunidade de origem em 2009 — e o julgamento pelo STF ocorreu em 2012. Nesses três últimos anos, e também naqueles em que esteve sob alta progressiva, não houve notícia de cometimento de crime ou de qualquer conduta tida por indevida pela norma hegemônica. Então, resguardando-se da proibição da medida de segurança de caráter perpétuo, o STF transferiu a gestão de Jorge a outra instituição.

Dos 30 anos de internação em diante, ou perto de chegar a esse termo, o domínio sobre o louco infrator pertencerá a outra autoridade, a qual o STF denominou de “saúde pública”. Não se sabe onde Jorge está, se acolhido em residência terapêutica ou transferido da “saúde pública” para a assistência social, mas, ao contrário do que afirmou o STF, o caso nunca foi penal. Se fosse, alguma coerência deveria haver entre o crime praticado e o tempo de segregação da liberdade. Se penal fosse, um sujeito que praticou lesão corporal, mesmo considerado inimputável, não deveria ter a liberdade segregada por mais tempo do que um outro que, nas mesmas condições de inimputabilidade previstas em lei, praticara tentativa de homicídio.

Por isso, acredita-se que a economia de poder que movimenta as decisões sobre o louco infrator tem relação com a necessidade de controle sobre a circulação dele, importando menos os meios pelos quais tal tarefa será realizada, se pelos funcionários da Justiça, da saúde ou da assistência social. No contexto das decisões judiciais, o último sentinela da biopolítica, tendo como alvo Jorge, foi o STF. Talvez outra autoridade tenha se encarregado dele, mas, como se desconhece seu paradeiro, ou o que de fato significou a desinternação progressiva, o que se sabe é que o Supremo deu por encerrado o seu papel: 28 anos depois da internação no IPF, não havia mais o que o Poder Judiciário pudesse fazer para Jorge. Então, que ele fosse transferido para os cuidados da “saúde pública”.

3.2.3 Edenir

Edenir Xavier esfaqueou uma pessoa, em 1988, e sua conduta foi tipificada como “lesão corporal com incapacidade para o trabalho por mais de 30 dias”, cuja pena é de reclusão, entre 1 e 5 anos.⁵⁰ A psicose esquizofrênica, na forma paranoide, foi constatada em perícia médica e Edenir foi internado no IPF pelo prazo mínimo de 3 anos. À época do ocorrido, ele tinha 26 anos e, em 2011, no momento do julgamento pelo STF, o tempo de

⁵⁰ Decreto-Lei 3.914/1941. Artigo 129, § 1º, I e II (BRASIL, 1941b).

internação era de 23 anos. Em 2007, o juiz de primeiro grau determinou a desinternação progressiva, mas o Ministério Público recorreu da decisão e o TJRS acatou os argumentos da acusação, impondo a Edenir a internação. O STJ manteve a medida de segurança e a defesa recorreu ao STF. Parcialmente transcrito no voto do ministro relator, o último laudo pericial firmou: “Edenir Xavier, por persistirem os elementos psicopatológicos determinantes de sua periculosidade social não se encontra em condições de pleno retorno ao convívio social. Porém, pode continuar a beneficiar-se do regime de Medida de Segurança com Alta Progressiva” .

No mesmo trecho do voto, há o seguinte registro, transcrito da decisão do TJRS: “como pode ser percebido do laudo de fls. 19-20, [Edenir] já vem usufruindo de alta progressiva, que foi concedida a partir de 25-06-1991” (p. 11). Há, portanto, uma ambiguidade na maneira como se considera Edenir: constatado em perícia como alguém detentor de “periculosidade social”, foi beneficiário de alta progressiva.

Ele já estava a circular no território comum: “no último período o paciente começou a receber o benefício LOAS e realizar visitas frequentes aos familiares de maneira bastante satisfatória”. Se transitava havia 20 anos entre o IPF e sua casa, embora o acórdão não revele como isso ocorria; se o resultado dessa prática era “satisfatório”; e se somente por “curtos períodos” a sintomatologia psicótica se deflagrava, conclui-se, outra vez, que a “periculosidade social” — de que fala o laudo — tem relação com a persistência dos sintomas da doença nele diagnosticada: “Evolução Psiquiátrica: [...] por curtos períodos apresentou sintomas psicóticos, permanecendo nestes momentos no IPF e tendo sua medicação remanejada. Comentários médico-legais: a esquizofrenia é uma doença mental de caráter crônico, necessitando cuidados constantes do grupo social responsável e terapêutico” (p. 11).

Mais uma vez, a persistência do diagnóstico da doença é identificada com a periculosidade. Na lógica penal, o sujeito é internado sob medida de segurança porque comete

uma infração penal e possui um diagnóstico de loucura. À luz da racionalidade penal-psiquiátrica, há na manutenção dos sintomas da doença a persistência da periculosidade, e enquanto não houver laudo de cessação desta última, não há extinção da medida de segurança. A periculosidade, portanto, está atrelada ao diagnóstico de doença mental e tem seus moduladores ligados ao procedimento jurídico-penal-psiquiátrico.

Para além da periculosidade, contudo, uma outra categoria acompanha a loucura: o perigo. A primeira pode eventualmente cessar ou mesmo ser controlada, caso também se controle a sintomatologia da doença mental – seja por meio de medicamento e/ou por meio de adestramento do corpo. O acoplamento entre loucura e perigo, por sua vez, é uma “decisão administrativa” (FOUCAULT, 2011, p. 121). Oriundo do estigma da constante possibilidade de eclosão, o perigo é constatado no louco independentemente da gravidade da conduta praticada.

O que se percebe da comparação entre os casos de Atalíbio e Edenir é que a pena, de reclusão ou detenção, pouco importou; os dois foram segregados e mantidos sob vigilância, mesmo com os sintomas da doença controlados. A desinternação progressiva de nenhum deles se deu nos moldes determinados pela Lei 10.216/01, pois a ambos foram estabelecidas condicionantes temporais.

3.2.4 João Carlos

Este foi o último *habeas corpus* julgado pelo STF, entre os sete acórdãos objeto de análise no presente trabalho. É o mais sucinto: cinco parágrafos de relatório e seis de voto. Não há menção ao crime praticado, tampouco aos sintomas diagnosticados em João Carlos Marques Gonçalves, internado sob medida de segurança no IPF em 1981. Em 2012, o Supremo entendeu, corroborando a decisão de primeiro grau, que o “caso não é mais um caso penal”. Antes disso, mencionou que João estava em alta progressiva desde 1988 e transcreveu

trecho do laudo psiquiátrico, o qual relatou que ele participara, a partir daquele ano, “de atividades ocupacionais, não registrando qualquer intercorrência, agressão ou fuga”.

A decisão determinou a desinternação progressiva, sem condicionantes, seguindo o que já havia designado o juiz singular; porém, não é revelado por quanto tempo João Carlos era mantido internado quando lhe foi concedido o benefício. O fato é que, em 2012, quando o STF julgou o mérito do *habeas corpus*, havia mais de 30 anos da data em que João Carlos fora submetido à medida de segurança de internação. O relator, ao transcrever parte do despacho liminar, registrou: “não posso deixar de observar que o paciente se acha internado desde 22.10.1981”. Todavia, o tribunal não extinguiu a medida por decurso de prazo e, portanto, não seguiu sua própria jurisprudência firmada em 2005.⁵¹

A notícia que se tem de João Carlos é que, em 1988, foi-lhe determinada a “lotação em unidade aberta”, ou seja, sete anos após cometer o crime, ter sido diagnosticado com sintomas de loucura e internado no IPF, João tinha tido seu comportamento docilizado e lhe foi permitido transitar no mundo. O acórdão não esclarece “unidade aberta”, por isso, não se sabe se essa denominação limitava-se a um abrigo, por exemplo, ou se já se apresentava como embrião do serviço de residência terapêutica que, doze anos mais tarde, seria criado por meio da Portaria 106/2000, do Ministério da Saúde.⁵²

Independentemente de saber em que consistia a unidade aberta para João Carlos, o acórdão afirmou que, após sete anos de IPF, ele iniciou sua circulação fora do espaço geográfico do HCTP, embora ainda se mantivesse sob medida de segurança, que nunca foi extinta. O julgado não mencionou o crime praticado, nem a doença mental diagnosticada, mas acentuou a conclusão dos vários laudos médicos, segundo os quais havia sido atingido o

⁵¹ HC 84.219/SP (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2005).

⁵² “O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, [...] resolve: Art. 1º. Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

“controle medicamentoso dos sintomas manifestados” em João Carlos, ou seja, seu comportamento estava disciplinado.

Para a tomada de decisão pelo Supremo, o crime cometido por João Carlos foi irrelevante, como também a nosologia médica da doença mental porventura nele diagnosticada, pois não houve menção, no relatório ou no voto, à infração penal praticada, tampouco à patologia justificadora da imposição de medida de segurança. Silêncio sobre o crime e sobre a doença, silêncio também sobre a periculosidade de João Carlos. Nos outros casos estudados, percebe-se um liame entre a manutenção dos sintomas da doença e a conclusão sobre a permanência da periculosidade. No caso de João Carlos, nada se fala sobre a doença, tampouco sobre a existência de periculosidade.

O fundamento que amparou a decisão tomada pelo STF foi transcrito do laudo pericial e consistiu em dois fatores: o controle dos sintomas e o fato de João Carlos não ter agredido alguém, nem praticado crime, nem fugido, ao longo dos 24 anos em que transitou dentro e fora do IPF. Percebe-se o caráter ubuesco do laudo ao duplicar o crime para criar o dublê. No presente caso, evidencia-se que a maneira de João ser e se comportar tomou o lugar da infração penal, a qual o STF sequer citou, nem ao menos no relatório, como forma de descrição dos fatos. Ainda, e novamente, houve o atraso na determinação da desinternação progressiva. O comportamento de João Carlos foi suficientemente bem avaliado já em 1988, a ponto de ele poder circular em unidade aberta.

Todavia, a desinternação foi decidida somente quando se julgou o mérito do *habeas corpus* pelo STF, em 2012, onze anos depois da vigência da Lei 10.216/01 e 24 após o saber penal-psiquiátrico ter constatado que João Carlos poderia transitar pelo mundo. Aparentemente, essa foi uma decisão que promoveu, ao menos do ponto de vista formal, o regime de cuidado para com João. Entretanto, se a medida de segurança não pode ultrapassar 30 anos, a engrenagem jurídica não funcionou. Mesmo se concluindo que não mais se tratava

de uma questão penal, a medida de segurança, após 30 anos de internação, deveria ter sido extinta por decurso de prazo. Talvez nada se modificasse na rotina de João, estivesse ele instalado em residência terapêutica ou ainda lotado em unidade aberta. Todavia, a extinção da medida de segurança de internação teria, ao menos, um caráter simbólico: não haveria mais subjugação a internamento, além de se impedir eventual determinação de retorno ao IPF.

3.3 A transferência para hospital psiquiátrico

A análise desses casos será feita em duas etapas. Na primeira, serão apresentados os dados referentes ao tipo penal, à eventual sintoma de doença, à data do fato. Em seguida, será feito um cotejo entre eles.

3.3.1 Gerson

Gerson Luiz Volkart matou seu pai em 8 de março de 1985. Esquizofrenia paranoide e transtorno de personalidade foram diagnosticados quando realizado exame de insanidade mental, determinado no curso do processo criminal. Em 1987, Gerson foi internado no IPF pelo prazo mínimo de dois anos. Em 1992, foi autorizada a alta progressiva, benefício suspenso em 1994, depois que ele retornou atrasado ao IPF, após um passeio. Tendo sido verificada a “estabilidade do quadro”, novamente foi concedida a Gerson a alta progressiva, em janeiro de 1995.

O *habeas corpus* chegou ao Supremo acionado pela Defensoria Pública da União, depois que o TJRS e, em seguida, o STJ não reconheceram a extinção da medida de segurança. O STF manteve essa orientação, todavia entendeu que o caso de Gerson não era “mais um caso penal”, mas “de saúde pública”. Assim, determinou a transferência dele “para

hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.216/2001 [...]” (p. 7). Esse julgamento ocorreu em maio de 2011.

3.3.2 Luiz Adolfo

Luiz Adolfo Worm, diagnosticado como esquizofrênico, foi internado sob medida de segurança em 1977, também no IPF. Seu crime foi colocar em perigo a vida ou a saúde mental da mãe e de um irmão. Em 1991, recebeu alta progressiva, mas, por ter ameaçado a integridade física dos pais, retornou ao IPF em 1992, onde permanecia quando foi julgado seu *habeas corpus* pelo STF, em agosto de 2009. Não há notícias de que tenha recebido o benefício novamente.

Da mesma forma do que ocorreu com Gerson, o juiz da vara de execução penal reconheceu a extinção da medida de segurança. O TJRS reverteu a decisão e o STJ ratificou-a. No STF, diferentemente do caso anterior, a medida de segurança foi extinta com fundamento no decurso do prazo, pois Luiz Adolfo estava internado havia aproximadamente 31 anos. Seguiu-se a jurisprudência fixada desde o julgamento do HC 84.219/SP, em agosto de 2005: não pode persistir a medida de segurança por 30 anos ou mais.

Pelo que se percebe da leitura do trecho do voto do relator, acompanhado à unanimidade, a extinção da medida não significou a liberdade de Luiz Adolfo. Apesar de a ementa ser quase idêntica à do caso de Gerson e de o STF ter determinado a transferência de ambos para hospital psiquiátrico com “[...] estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.216/2001”, observam-se, no julgado, diferenças significativas quanto à compreensão de quem pode ou deve “ser colocado na rua”, segundo as palavras do ministro relator.

3.3.3 Semelhanças e contradições entre os julgamentos de Gerson Luiz e de Luiz Adolfo

Ambos Gerson e Luiz Adolfo foram diagnosticados com sintomas de esquizofrenia, cometeram crimes contra pessoas da família, foram internados sob medida de segurança no IPF e tiveram a persistência da periculosidade registrada nos laudos psiquiátricos. Além disso, o STF determinou a transferência tanto de Gerson quanto de Luiz Adolfo para hospital psiquiátrico da rede pública. O tempo de internação em HCTP foi parecido e o fato de o segundo ter cometido crime considerado menos grave, ou seja, com previsão de pena de detenção não repercutiu na escolha do regime de internação, tampouco na duração da medida de segurança. Gerson, que cometeu homicídio, estava internado havia 27 anos à época do julgamento de seu *habeas corpus*, ao passo que Luiz Adolfo, que havia exposto a vida ou a saúde de seus pais a perigo, estava sob medida de segurança havia mais de 30, ressaltando-se que os inimputáveis que cometem crimes apenados com detenção, segundo o Código Penal, são passíveis de receber tratamento ambulatorial.⁵³

O marco temporal de 30 anos é importante, uma vez que, ultrapassado esse limite, a medida de segurança é extinta e não há mais justificativa legal para que o indivíduo seja mantido internado. Há mais de 30 anos no IPF, Luiz Adolfo não voltou a circular no mundo, apesar de o STF ter extinguido sua medida de segurança. Com ele, aconteceu um fato que não se percebeu na trajetória de Gerson. Os dois receberam o benefício da alta progressiva, mas Luiz Adolfo voltou a cometer crime: ameaçou a vida dos pais, o que o levou a ser reinternado sem que jamais voltasse a receber o benefício. Gerson foi também reinternado, mas devido a uma questão disciplinar: chegou atrasado ao IPF ao retornar de uma saída. Um ano depois, foi

⁵³ Decreto-Lei 3.914/41: Art. 121. Homicídio simples. Matar alguém. Pena – reclusão, de 6 e 20 anos; Art. 121, § 2º. Homicídio qualificado. Pena – reclusão, de 12 a 30 anos; art. 132. Perigo para a vida ou saúde de outrem. Pena – detenção, de 3 meses a 1 ano; art. 97. Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime foi punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial (BRASIL, 1941b).

agraciado com a alta progressiva, permaneceu em unidade aberta e não registrou “agudização da sintomatologia psicótica, conduta agressiva ou atuação grave”.

Ao longo das 31 laudas do acórdão que julgou o *habeas corpus* 98.360, percebe-se um debate preocupado entre os ministros na tentativa de justificar a manutenção do controle sobre Luiz Adolfo, além da equivocada abordagem a respeito do conteúdo da Lei 10.216/01. Após a verificação de que a medida de segurança extrapolara o prazo de 30 anos e, portanto, deveria ser extinta, o relator, em um primeiro momento, optou pela desinternação progressiva: “o paciente, todavia, deve continuar sob a custódia do Estado, tendo em conta que o último laudo psiquiátrico informa que a sua periculosidade ainda persiste, embora de forma atenuada, o que indica ser cabível, na espécie, a adoção da desinternação progressiva, prevista na Lei 10.216/01” (p. 1.103). Contudo, na parte dispositiva do voto, concluiu: “desta forma, pelo meu voto, concedo em parte a ordem, para extinguir a medida de segurança, determinando-se a transferência do paciente para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos termos da Lei 10.216/01, sob supervisão do Ministério Público e do órgão judicial competente” (p. 1.106).

A desinternação progressiva é prevista na Lei 10.216/01, inclusive para casos de longa internação, em que a pessoa necessita de auxílio para voltar a conviver socialmente, ou quando não há quem cuide dela. Todavia, a referida legislação não prevê transferência de HCTP para hospital psiquiátrico, até porque as normas protetivas dos doentes mentais têm foco na desinternação: o retorno ao convívio social é o objetivo. Extinguir a medida de segurança, mas determinar a transferência para outro hospital significa apenas alterar a localização de Luiz Adolfo: de uma instituição penal-psiquiátrica para uma psiquiátrica.

Os mal-entendidos a respeito do conteúdo da Lei 10.216/01 continuaram:

[...] Eu fiz alusão aqui à Lei 10.216/2001, uma lei recentíssima que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. O que estamos fazendo aqui, penso eu? Nós estamos tirando o paciente da medida de segurança e o

transferindo à tutela do Estado. Nós estamos impondo a ele uma medida de caráter administrativo — digamos assim — com fundamento na Lei 10.216, que prevê exatamente a hospitalização dos doentes mentais (p. 1.114).

Os direitos e a proteção das pessoas com sofrimento mental é, segundo a legislação, seja ela a Lei 10.216/01 ou a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, incompatível com a hospitalização. O que se percebe, no voto, é a preocupação com a defesa do corpo social em detrimento da livre circulação do louco, aquele considerado uma potencialidade de perigo iminente. Vejamos mais um trecho da manifestação do relator: “eu entendi da inicial que a Defensoria Pública quer que se decrete a prescrição, ou seja, dizendo que, passados trinta anos, o paciente, independentemente do seu estado mental, deve ser colocado na rua. Aí eu creio que isso é temerário” (p. 1.115).

Questionado sobre a extinção da medida de segurança, o relator afirmou: “afastamos. Podemos afastar [a medida de segurança], mas nós o colocamos sob a custódia do Estado num hospital psiquiátrico” (p. 1.116). Ainda, ao responder sobre a forma como se daria a internação, o relator consignou: “não. Nos termos da Lei 10.216, porque amanhã deixamos aí um paciente dessa natureza solto e ele comete um desatino, o Supremo Tribunal Federal será responsabilizado. Eu não quero assumir essa responsabilidade” (p. 1.124). Ao final, concluiu: “mas é importante consignar que ele fica sob a égide, a proteção e a guarda do Estado, nos termos da Lei 10.216/2001” (p. 1.127).

A doença diagnosticada em Luiz Adolfo foi a mesma percebida em Gerson. Nos dois casos, os sintomas persistiram, tanto é que os laudos citados em ambos os acórdãos registram a manutenção da “periculosidade” por permanência da esquizofrenia, considerada crônica. Ou seja, doença mental identificada como periculosidade. O crime cometido por Luiz Adolfo é apenado com, no máximo, 1 ano de detenção, ao passo que o crime cometido por Gerson foi homicídio. Então, não se pode afirmar que a gravidade do crime foi o fator a justificar o rigor

da decisão do STF sobre Luiz Adolfo. Não se percebe coerência ou homogeneidade de interpretação ao cotejar os dois julgados, mas uma decisão administrativa a respeito do perigo, o que leva a uma arbitrariedade no entendimento de quem seja perigoso e, ainda, a utilização equivocada da Lei 10.216/01.

Gerson matou o pai, e Luiz Adolfo expôs a perigo a vida ou a saúde de um dos seus pais. No primeiro caso, a pena pode chegar a 20 anos de reclusão; no segundo, a 1 ano de detenção. Tanto Gerson como Luiz Adolfo ainda apresentavam, nos laudos citados pelo STF, sintomas da esquizofrenia e nenhum deles, por tal motivo, obteve o reconhecimento pericial de periculosidade cessada. Sobre Gerson e seus sintomas, o voto do relator proferido no acórdão do HC 107.432/RS assinala: “conclui o laudo que persistem os elementos determinantes de sua periculosidade social, embora atenuados, de modo que não se encontra em condições de retornar ao convívio social pleno, mas que pode continuar usufruindo do benefício da alta progressiva” (p. 9).

Logo em seguida, o relator pondera que, mesmo internado por longo período, Gerson não obteve “melhora significativa”, o que indica, segundo o julgador, que outra forma de tratamento dever ser tentada. Ele conclui que “o caso não é mais um caso penal. O caso é de saúde pública e como tal deve ser tratado” e, portanto, deve ser adotada a “alta planejada e a reabilitação social assistida”, citando-se a Lei 10.216/01. A parte dispositiva do acórdão determina que Gerson seja transferido “para hospital psiquiátrico que disponha de estrutura adequada ao seu tratamento, nos moldes da Lei 10.216/2001” (p. 10/12).

São muitas discrepâncias e ambiguidades entre os dois acórdãos, relatados pelo mesmo ministro. O fato de Luiz Adolfo ter praticado outro crime quando beneficiado com a alta progressiva poderia ser apontado como a justificativa para a diversidade da argumentação, mas tal fundamento parece frágil diante da desproporção dos crimes praticados: aquele que cometeu o mais grave deles teve direito a alta planejada e o que

praticou infração apenada com, no máximo, 1 ano de detenção mereceu continuar internado, mesmo que não mais sob o regime de medida de segurança. A conduta de matar alguém, pelos parâmetros do Código Penal, é mais grave do que aquela que expõe a risco a saúde ou a vida de outrem, mas o duplê do crime, nos dois casos, mostrou-se mais relevante do que a conduta delituosa.

Diante da mesma doença e da persistência dos seus sintomas, alguém que praticou crime mais grave tem classificado o seu caso como “de saúde pública”, a merecer tratamento em regime de alta planejada, ao passo que o sujeito que praticou crime menos grave não teve o seu caso reconhecido com a mesma especificidade. Ao segundo, internação perpétua, com a transferência de localização do leito: do IPF para um hospital psiquiátrico da rede pública. A resposta a essas indagações está na decisão administrativa a respeito do perigo, que é vazia de conteúdo.

As divergências apontadas nesses julgados demonstram, mais uma vez, que a punição dos loucos infratores ultrapassa o âmbito penal. Gerson e Luiz Adolfo foram penalizados por conta do duplê apontado no laudo psiquiátrico — o comportamento psicótico e a maneira louca de ser foram alvo da disciplina no IPF. Luiz Adolfo, no entanto, apesar de ter cometido crime menos grave, que não deveria sequer acarretar internação, demonstrou, ao sair em alta planejada, que as táticas de domesticação do seu corpo não haviam surtido o efeito desejado, tanto é que cometeu novo crime.

Gerson, por sua vez, ao sair em alta planejada, não praticou crime, mas voltou atrasado e, verificada a falta disciplinar, perdeu o benefício. Porém, retomada a estabilidade do duplo, ou seja, do seu comportamento, recebeu nova chance e, mantendo-se domesticado, entre 1995 e 2011, ano de seu julgamento, o STF entendeu ser possível lhe conceder a desinternação progressiva. Não se pode confirmar qual foi o regime aplicado a Gerson, em razão da

ambiguidade do acórdão, que decidiu pela desinternação, mas, na parte dispositiva, como também na ementa, determinou a transferência para hospital psiquiátrico comum.

O perigo, então, é um elemento construído. Comparativamente, nesses dois acórdãos, o perigo não foi relacionado com a gravidade do crime nem com os sintomas da doença, os quais, mantidos, significaram a impossibilidade de reconhecimento, pelo laudo, da periculosidade cessada. Essa, entendida como manutenção da doença, estava presente tanto em Gerson como em Luiz Adolfo. O perigo, no entanto, mostrou-se como categoria fluida, não identificável pela conduta criminal cometida ou pelos sintomas da doença diagnosticada.

Ao comparar o caso de Gerson com o de Luiz Adolfo, o perigo traduziu-se como a eclosão extemporânea do comportamento indisciplinado e, repetidamente, criminoso. Pela leitura dos dois acórdãos, sem saber o crime praticado, difícil se torna imaginar que a pessoa de que trata o HC 98.360/RS cometeu crime menos grave do que aquela cujo comportamento é descrito no acórdão do HC 107.432/RS. Nesses dois julgados, o perigo e a ameaça social por ele representada foram deduzidos do cometimento de outro crime, aliado à desobediência ao padrão de comportamento disciplinar esperado depois de anos de funcionamento dos mecanismos docilizadores sobre o homem-corpo. Todavia, não se pode definir ou generalizar o perigo justamente porque ele é uma decisão e, nos casos estudados, se apresentou de forma arbitrária.

3.4 A internação por prazo indeterminado

3.4.1 Maria

Maria de Lourde Figueiredo, Maria de Lourdes Figueiredo ou Maria das Graças da Silva é uma pessoa com três nomes, pelo menos dois deles adquiridos ao longo de mais de três décadas de internação no HCTP de Franco da Rocha, em São Paulo. Os registros

cartorários não conseguiram identificar o nome verdadeiro, mas o acórdão relata o caso da mulher nascida em 1930 e internada em 1970 porque matou, por afogamento, dois filhos. O relator informa que Maria foi submetida a oito laudos psiquiátricos, de 1994 a 2001, e todos concluíram pela persistência da “periculosidade capaz de colocar em risco a integridade de outras pessoas”.

Esse foi o precedente que inaugurou o entendimento do STF de que são 30 anos o prazo máximo para o cumprimento da medida de segurança. Valendo-se do disposto no artigo 97, parágrafo 1º, do Código Penal, o relator transpôs, para a internação, o limite fixado para as penas privativas de liberdade. Fundamentou-se, ainda, no dispositivo da Constituição Federal que veda, no rol das garantias e dos princípios fundamentais, a pena de caráter perpétuo. Então, a medida de segurança de internação de Maria foi extinta pelo decurso de prazo superior a 30 anos. Depois de pedir vista, um ministro vogal expôs seu voto no sentido de que, verificada a “incontroversa persistência da periculosidade”, Maria deveria ser internada em hospital psiquiátrico da rede pública de saúde, efetivando-se, em primeiro grau de jurisdição, o início dos procedimentos para a sua interdição civil.

Contudo, diante da inexistência de vaga no hospital psiquiátrico comum, determinou-se que Maria fosse mantida no HCTP de Taubaté, não se sabendo, pelo andamento processual ou por referências no acórdão, se ela chegou a ser transferida ou se continua internada no hospital psiquiátrico mesmo após a extinção da medida de segurança. Essa decisão foi unânime e em momento algum a Lei 10.216/01 foi citada, apesar de já estar em vigor há mais de quatro anos quando do julgamento do *habeas corpus* pelo STF, cujo resultado foi proclamado unanimemente.

O voto não mencionou os sintomas da doença de Maria, nem seu diagnóstico, mas ressaltou que a periculosidade social persistia e que o histórico criminal dela limitava-se ao homicídio dos dois filhos. A interdição civil, no presente caso, consistiu no meio encontrado

para legitimizar a manutenção da segregação de Maria. Uma vez ultrapassado o limite dos 30 anos, a partir do qual a medida de segurança seria considerada inconstitucional, em razão da proibição da pena de caráter perpétuo, encontrou-se outra forma de manter Maria apartada.

A persistência na restrição da liberdade de Maria, segregada no mesmo hospital de custódia onde cumpriu a medida de segurança por mais de 30 anos, revelou que a internação-interdição funcionou como um estepe, uma decisão sobressalente e justificadora para maquiagem a ilegitimidade da internação-medida de segurança por tempo indeterminado. A proibição de manter alguém sob o regime da segregação por mais de 30 anos parece valer para o STF quando a restrição de liberdade está sob a rubrica da medida de segurança. A internação de Maria, mesmo que por tempo indeterminado, mas sob o regime da legislação civil, parece não ferir as mesmas garantias e princípios que proíbem a pena em caráter perpétuo.

Entre o final do século XVIII e meados do século XIX, na França, houve uma modificação quanto à investidura sobre o louco. A interdição, que era uma prática ligada ao direito familiar, foi sobreposta pela internação, de iniciativa não mais somente das famílias, mas também das autoridades administrativas em conjunto com as autoridades médicas. Por meio da interdição, visava-se à proteção dos direitos e das riquezas das famílias. A internação, por sua vez, tinha como finalidade a captura do corpo, realizada na tática asilar por meio de um poder gerencial, psiquiátrico e disciplinar (FOUCAULT, 2006).

A tática asilar teve como estratégia o exercício de controle contínuo sobre o tempo, o corpo e a vida de uma pessoa, e seu objetivo era intervir previamente sobre a virtualidade de um comportamento. O poder psiquiátrico emergiu dessa tática e utilizava-se de sistemas de punição e de vigilância para se impor, produzindo o “corpo sujeitado” (FOUCAULT, 2006, p. 89). O médico psiquiatra figurava como o administrador do asilo porque nele se identificavam as “marcas do saber” (FOUCAULT, 2006, p. 230). Era ele quem detinha o monopólio da verdade sobre a loucura.

Na França, a legislação que dispunha sobre assistência e internação previa que o indivíduo internado seria custeado pela comunidade de onde era originário. Assim, para convencer o administrador local a aceitar uma internação, era necessário demonstrar que aquele sujeito era perigoso, que poderia, por exemplo, praticar um homicídio ou iniciar um incêndio a qualquer momento. A aferição do perigo era de responsabilidade do saber-poder médico e a internação passou a ter um caráter de proteção do meio social contra o indivíduo perigoso (FOUCAULT, 2006).

Maria, mais de 30 anos depois da internação, carrega o estigma do perigo, além do que, a periculosidade, entendida como a permanência dos sintomas da doença mental, nunca deixou de ser apontada nos laudos médicos a que Maria foi submetida. O STF, neste julgado, não registrou a transformação da natureza penal em “caso de saúde pública” pelo decurso do tempo. Apesar de extinta a medida de segurança, Maria foi mantida internada pela corte constitucional brasileira, a atuar no seu papel de sentinela do território comum..

Não houve discussão sobre direito à saúde e à liberdade, sobre respeito à dignidade da pessoa, sobre internação como meio de tratamento excepcional. Maria foi segregada em 1970 e passou mais tempo dentro do que fora do manicômio judiciário. Perdeu a vida, o convívio social e a identidade: mais de 30 anos depois de internada no HCTP de Taubaté, Maria também poderia ser de Lourde, de Loude ou das Graças. Se não tivesse sido submetida a medida de segurança, mas respondesse pela infração cometida com pena privativa de liberdade, já poderia ter sido beneficiada com a progressão de regime, ao menos.

Na visão de Hannah Arendt, Adolf Eichmann apoiou e executou a política segundo a qual os judeus não poderiam “habitar o mundo”. Assim também opera a biopolítica em relação aos loucos infratores, cujo sentinela-mor, nos casos estudados, foi o STF: ao decidir sobre a apartação social indeterminada para os perigosos escolhe quem pode e quem não pode

compartilhar da existência social, fazendo as vezes do guardião do território dos sãos. (ARENDR, 2013).

Pela tática de poder da biopolítica, opera a racionalidade de não deixar que certas pessoas “partilhem a Terra” com outras. A circulação no território comum é decidida pelos guardiões do poder de causar a morte — ou a invisibilidade — do outro. Almerindo, Maria, Luiz Adolfo foram apartados do convívio social e o STF, a cada decisão de manutenção da segregação, fundado no perigo ou na manutenção dos sintomas da doença, exerce o poder de deixar morrer os loucos criminosos, em prol da segurança dos não loucos. Os casos, portanto, não são penais, tampouco se metamorfoseiam, transformando-se em questões de saúde pública. O que se decide — e o que está em disputa — é a circulação dos loucos criminosos no território comum (ARENDR, 2013).

CONCLUSÃO

O desafio que pautou a análise dos dados e a escrita do texto relacionou-se à tentativa de ir além do direito para alcançar outros campos do saber. Os ensinamentos de Judith Butler - sobre vidas precárias – e os de Michel Foucault – sobre indivíduo perigoso e biopolítica – nortearam o pensar sobre o *corpus* do trabalho: os casos julgados pelo Supremo Tribunal Federal após o advento da Lei 10.216 e que tiveram como objeto o tema da medida de segurança e da internação em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico.

A Lei 10.216, ou Lei da Reforma Psiquiátrica, em vigor desde abril de 2001, modificou o paradigma de tratamento em saúde mental. A internação foi revista, sendo aplicável em caráter excepcional e somente quando outras formas de cuidado não se mostrassem eficientes. Atos normativos do Conselho Nacional de Justiça e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária dispuseram que o cumprimento da medida de segurança deveria obedecer ao que determina a referida legislação.

Em 2005, o STF firmou jurisprudência no sentido de que a medida de segurança, tal qual a pena privativa de liberdade, não poderia ultrapassar 30 anos. Em 2009, foi incorporada ao ordenamento jurídico nacional, com status de texto constitucional, a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência, a qual, expressamente, elencou como alvo de proteção as pessoas com deficiência mental. A Constituição Federal, anteriormente a todo esse arcabouço normativo, já elencava a dignidade da pessoa humana e a cidadania como fundamentos do Estado Democrático de Direito Republicano, bem como a igualdade como princípio e garantia fundamental.

Apesar de todo esse rol de direitos, em 3, do total de 7 casos analisados, as pessoas estavam internadas havia mais de 30 anos quando os pleitos chegaram ao Supremo Tribunal Federal.

Maria foi quem teve o primeiro *habeas corpus* julgado, no ano 2005. A determinação do STF foi a de ela se mantivesse internada, não mais sob o regime da medida de segurança – que foi extinta, porque excedia os 30 anos -, mas sob o fundamento da interdição civil.

Luiz Adolfo, também internado por mais de 30 anos, teve a medida de segurança extinta, mas esse resultado, tal qual ocorreu com Maria, não significou liberdade: a decisão do STF foi pela transferência para hospital psiquiátrico da rede pública.

João Carlos, da mesma forma que Maria e Luiz, estava internado havia mais de 30 anos. Em acórdão muito sucinto, o STF determinou a desinternação progressiva, mas não extinguiu a medida de segurança.

Nos outros casos, as internações variavam entre 28 e 23 anos.

Gerson estava internado havia 26 anos. Matou o pai, fato esse que, se qualificado, tem pena máxima prevista abstratamente em 30 anos de reclusão. A decisão do STF, fundamentada na Lei 10.216, foi pela transferência dele a hospital psiquiátrico que dispusesse de estrutura adequada a seu tratamento. Como já salientado, a referida legislação não prevê tal tipo de internação. O objetivo estabelecido na lei é a desinternação.

Atalíbio estava internado havia 28 anos pelo cometimento de fato apenado com, no máximo, 1 ano de detenção. O resultado do julgamento de seu *habeas corpus* foi ambíguo. Na ementa, determinou-se a “semi-internação”. Na parte dispositiva do acórdão, a decisão foi no sentido da “desinternação progressiva” condicionada ao prazo de 6 meses.

Essa desinternação modulada também foi determinada para Edenir, internado havia 23 anos pelo cometimento de fato tipificado com pena máxima de 5 anos de reclusão. A Lei 10.216 não previu desinternação condicionada, tampouco semi-internação. Foi categórica, porém, ao estabelecer a reinserção social como finalidade permanente no tratamento do doente mental.

Além de se perceberem equívocos na aplicação da Lei de Reforma Psiquiátrica, houve um silêncio do STF em relação à Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, já incorporada ao ordenamento nacional quando do julgamento de 5 dos 7 casos (Luiz Adolfo, Gerson, Edenir, Jorge e João Carlos).

Essas pessoas, se não tivessem sido diagnosticadas com sintomas de doença mental, mesmo cometendo idênticas condutas, poderiam ter sido beneficiadas com progressão de regime. Maria, Luiz e João ficaram internados mais tempo do que o máximo permitido legalmente. Atalíbio e Edenir cumpriram, em regime de medida de segurança, mais tempo de internação que o máximo encarceramento previsto para o fato típico cometido.

Eles são invisibilizados pelo marco normativo hegemônico. A precariedade de suas vidas tende à maximização porque pouco – ou nenhum acesso a direitos eles têm. Suas vidas não são reconhecidas como dignas de serem vividas e choradas publicamente. Por isso, suas existências são esquecidas, purgam mais tempo em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico do que aquele que a lei penal prevê como o máximo para o cumprimento de pena privativa de liberdade.

Os julgados do STF refletem a precariedade da vida dessas sete pessoas.

A precarização da existência tangencia outro ponto: o perigo e a periculosidade.

Nenhum dos acórdãos noticiou laudo pericial a constatar a cessação da periculosidade, condição imposta pelo Código Penal para a extinção da internação ou do tratamento ambulatorial (parágrafo primeiro do art. 97). Os trechos dos exames periciais transcritos nos julgados apontam a periculosidade como uma categoria relacionada à presença dos sintomas da doença mental. Controlados os sintomas, abrandada a periculosidade. Ela não está relacionada, portanto, à gravidade do fato cometido: Gerson foi diagnosticado com sintomas de esquizofrenia paranoide – tal qual Luiz Adolfo. Gerson matou seu pai, enquanto Luiz Adolfo colocou em perigo a vida e a saúde de sua mãe. O primeiro fato é considerado mais

grave pelo Código Penal e, assim, apenado com reclusão. O segundo tem prevista a pena de detenção. Contudo, apesar de extinta a periculosidade de Luiz pelo decurso do tempo, os ministros debateram de forma explícita que ele não poderia voltar ao convívio social porque perigoso. Assim, deveria ser transferido a hospital psiquiátrico, local em que se teria alguma garantia de que a burocracia mantivesse controle sobre a situação de Luiz.

Gerson, por sua vez, também foi transferido para hospital psiquiátrico comum, mas o debate em torno do seu caso se deu em outros parâmetros: não mais considerado um caso penal, mas de saúde pública, a preocupação dos ministros mostrou-se ligada ao fato de a internação estar na iminência de tangenciar o prazo proibido. Por isso, a necessidade de transferi-lo aos cuidados da saúde.

O perigo traduziu-se, nos casos estudados, como uma categoria vazia de conteúdo e plástica o suficiente para ser modulada de forma arbitrária. Não teve relação com a gravidade do crime cometido, nem simplesmente com a presença dos sintomas da doença mental. O perigo foi o produto do juízo que se fez sobre o dobramento do crime: recaiu sobre o comportamento e sobre a maneira de ser dos loucos infratores.

Uma vez perigoso, o doente mental que comete ato qualificado como crime, é submetido à apartação social e será alvo de um poder que regulamentará a sua circulação no mundo – o biopoder. O Supremo Tribunal Federal agiu, nesses casos, como um braço, um sentinela do biopoder: manteve segregados do convívio social e do território comum os 6 homens e a mulher que considerou perigosos. Nos 7 julgados, mesmo naqueles em que, aparentemente, a situação do louco infrator seria objeto de um incremento, a preocupação que se percebeu, na Corte Constitucional Brasileira, foi regulamentação da circulação do louco infrator perigoso.

O estudo desses casos demonstrou que o acesso a direitos, no campo da loucura criminosa, não é igualitário. O regime de reconhecibilidade é distinto para a população de

loucos que cometem crimes. Para esses, a medida cabível é *de segurança*, não de tratamento, traduzida em apartação social, muitas vezes por prazo indeterminado. Tal engrenagem apresenta-se justificada por malabarismos jurídicos que revelam uma estrutura de poderes e saberes que tem como objetivo deixar o louco morrer e fazer viver o não louco, o que revela a distância entre a realidade de quem foi apreendido pelo marco hegemônico e de quem não foi.

REFERÊNCIAS

ALTHUSSER, Louis. *O futuro dura muito tempo, seguido de Os fatos*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

ARENDDT, Hannah. *Eichmann em Jerusalém*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

BARRETO, Lima. *Diário do hospício e O cemitério dos vivos*. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

BITENCOURT, Cezar Roberto; CONDE, Francisco Muñoz. *Teoria geral do delito*. São Paulo: Saraiva, 2004.

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>. Acesso em: 20 ago. 2013.

_____. Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. *Diário Oficial da União*, 26 ago. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 4 nov. 2013.

_____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. *Diário Oficial da União*, 31 dez. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm>. Acesso em: 8 ago. 2013.

_____. Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941a. Código de Processo Penal. *Diário Oficial da União*, 13 out. 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3689.htm>. Acesso em: 1º set. 2013.

_____. Decreto-lei 3.914, de 9 de dezembro de 1941b. Lei de introdução do Código Penal (decreto-lei n. 2.848, de 7-12-1940) e da Lei das Contravenções Penais (decreto-lei n. 3.688, de 3 outubro 1941). *Diário Oficial da União*, 9 dez. 1941. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3914.htm>. Acesso em: 12 set. 2014.

_____. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 8 ago. 2013.

_____. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 jul. 1984. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1980-1988/L7209.htm>. Acesso em: 1º set. 2013.

BUTLER, Judith. Vida precária, vida digna de duelo. In: _____. *Marcos de guerra: las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós, 2010. p. 13-56.

CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998.

CARVALHO, Salo. *Penas e medidas de segurança no Direito Penal brasileiro*. São Paulo: Saraiva, 2013.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). Resolução 113. Disponível em <http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atos-da-presidencia/323-resolucoes/12231-resolucao-no-113-de-20-de-abril-de-2010>. Acesso em 10 nov. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICA CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA (CNPCCP). Resolução nº 5, de 4 de maio de 2004. *Diário Oficial da União*, 14 maio 2004. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucoes/resolucao-CNPCCP-5-2004>>. Acesso em: 4 nov. 2013.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Juquery, a história de um asilo*. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

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

DINIZ, Debora. *A casa dos mortos*. Brasília: ImagensLivres, 2009. 24'. 1 DVD.

_____. *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: LetrasLivres, 2013.

DOSTOIÉVSKI, Fiódor. *Recordações da casa dos mortos*. São Paulo: Martin Claret, 2011.

FOUCAULT, Michel. A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX. In: _____. *Ditos e escritos V: ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a. p. 1-25.

_____. A vida dos homens infames. In: _____. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder, saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010b.

_____. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão: um caso de parricídio do século XIX*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. *Os anormais*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

KAFKA, Franz. *O processo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. *Diário Oficial da União*, 24 fev. 2000. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_19975_PORTARIA_N_106_DE_11_DE_FEVEREIRO_DE_2000.aspx>. Acesso em: 11 jun. 2014.

NORONHA, Magalhães. *Direito Penal*. São Paulo: Saraiva, 2000. v. 1.

PACHECO, Sérgio. Alta progressiva. In: SOUZA, Carlos Alberto Crespo de; CARDOSO, Rogerio Gottert (Org.). *Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional*. Porto Alegre: Sulina, 2006. p. 149-154.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de Direito Penal brasileiro*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007. v. 1.

SANTOS, Juarez Cirino dos. *Direito Penal: parte geral*. Florianópolis: Conceito, 2012.

STRAUSS, Ancelm; CORBIN, Juliet. *Pesquisa qualitativa: métodos e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2008.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL (STF). HC 84.219-4/SP. *DJ*, 23 set. 2005. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=79519>>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. HC 97.621-2/RS. *DJe* 118, 26 jun. 2009a. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=597914>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

_____. HC 98.360/RS. *DJe* 200, 23 out. 2009b. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=604609>>. Acesso em: 19 nov. 2013.

_____. RHC 100.383/RS. *DJe* 210, 3 nov. 2011. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=AC&docID=629266>. Acesso em: 12 out. 2013.

_____. HC 107.157/RS. *DJe*, 18 jun. 2012a. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=2187336>>. Acesso em: 12 out. 2013.

_____. HC 107.432/RS. *DJe* 110, 11 jun. 2011. Disponível em: <<http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1223082>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

_____. HC 107.777/RS. *DJe* 103, 13 abril 2012b. Disponível em: <http://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=1909953>. Acesso em: 20 jan. 2014.