Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Ciências Sociais

Faculdade de Direito

Fernanda Goulart Lamarão

A cura como pena
Uma análise crítica da imputabilidade penal e da resposta punitiva direcionada ao indivíduo com sofrimento psíquico

Rio de Janeiro

2015

Fernanda Goulart Lamarão

A cura como pena

Uma análise crítica da imputabilidade penal e da resposta punitiva direcionada ao indivíduo com sofrimento psíquico

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Direito, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Cidadania, Estado e Globalização.

Orientador: Prof. Dr. Davi de Paiva Costa Tangerino.

Coorientadora: Prof.ª Dra. Vera Malaguti Batista.

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CCS/C

L217 Lamarão, Fernanda Goulart.

A cura como pena: uma análise crítica da imputabilidade penal e da resposta punitiva direcionada ao indivíduo com sofrimento psíquico/ Fernanda Goulart Lamarão. - 2015.

131 f.
Orientador: Prof. Dr. Davi de Paiva Costa Tangerino.

Dissertação (Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Direito.

1. Direito penal - Teses. 2. Periculosidade (Direito) –Teses. 3. Doenças mentais – Teses. I. Tangerino, Davi de Paiva Costa. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Direito. III. Título.

CDU 343.91

Bibliotecária: Angélica Ribeiro CRB7/6121

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Fernanda Goulart Lamarão

A cura como pena

Uma análise crítica da imputabilidade penal e da resposta punitiva direcionada ao indivíduo com sofrimento psíquico

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Cidadania, Estado e Globalização.

Aprovada em 28 de agosto de 2015.

Banca Examinadora:

_____

Prof. Dr. Davi de Paiva Costa Tangerino (Orientador)

Faculdade de Direito - UERJ

_____

Profª Drª Vera Malaguti Batista (Coorientadora)

Faculdade de Direito - UERJ

_____

Prof. Dr. Nilo Batista

Faculdade de Direito - UERJ

_____

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social - UERJ

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

A minha vó, Nelly Goulart.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Davi de Paiva Costa Tangerino, que me guiou não só na construção dessa pesquisa, mas na descoberta da vida acadêmica. Obrigada pelas preciosas conversas e lições compartilhadas, pelo apoio e paciência, por acreditar em mim, muitas vezes, mais do que eu mesma.

À Profa. Dra. Vera Malaguti Batista, minha coorientadora, por instigar um olhar humano sobre a questão criminal, pela gentileza e alteridade que lhe são características. Obrigada por ser grande fonte de inspiração dia após dia.

Ao Prof. Dr. Nilo Batista, por me ensinar muito mais do que imaginaria aprender um dia, pela imensa generosidade ao longo dessa jornada.

Aos Professores Doutores Martinho Braga e Sergio Carrara, por terem me acolhido no Instituto de Medicina Social da UERJ, um verdadeiro oásis no sétimo andar da nossa universidade.

Às irmãs que reconheci no Programa de Pós-graduação em Direito da UERJ, Carolina Vestena, Caroline Santos, Cecília Vieira de Melo, Juliana Cesário Alvim, Mariana Medeiros e Natalia Kleinsorgen, companheiras indispensáveis nesse percurso, com quem compartilhei angústias e de quem recebi amparo.

A minha família, especialmente, minha mãe Solange Goulart, que nunca poupou esforços em meu favor, por sua profunda confiança em mim, por todo o amor desinteressado, enfim, por todo o cuidado ofertado quando nesse momento da vida já deveria ser o contrário.

E continuamos. É tempo de muletas.Tempo de mortos faladores e velhas paralíticas, nostálgicas de bailado, mas ainda é tempo de viver e contar. Certas histórias não se perderam.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

LAMARÃO, Fernanda Goulart. *A cura como pena:* uma análise crítica da imputabilidade penal e da resposta punitiva direcionada ao indivíduo com sofrimento psíquico. 2015. 131 f. Dissertação (Mestrado em Direito Penal) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Sob o pálio da periculosidade e ignorando os ditames da Reforma Psiquiátrica, uma resposta punitiva diferenciada, a medida de segurança, providência que a despeito das vestes de tratamento revela-se verdadeiro simulacro de pena, ainda é imposta ao indivíduo com sofrimento psíquico em função da atribuição da qualidade de criminoso, abstraindo não só a abordagem conferida pela Lei nº 10.216/01, mas também a danosidade inerente às instituições totais. A presente pesquisa, além de fazer um breve esboço sobre o nascimento dessa sanção penal para além do delito e dos seus alvos preferenciais, inclusive, sob o aspecto criminológico, pretende demonstrar a sua incompatibilidade com a dogmática jurídico-penal e com a ruptura epistemológica provocada pela luta antimanicomial.

Palavras-chave: Doença mental. Periculosidade. Inimputabilidade. Medidas de Segurança. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

LAMARÃO, Fernanda Goulart. *Healing as punishment:* a critical analysis of criminal responsibility and the punitive response directed to the mentally ill person. 2015. 131 f. Dissertação (Mestrado em Direito Penal) – Faculdade de Direito, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Under the notion of dangerousness and ignoring the dictates of the Psychiatric Reform, a differentiated punitive response, the security measure, providence that despite the treatment of garments proves to be imprisonment, it is still imposed on the person with mental illness due to the assignment of criminal, abstracting not only the approach given by Law nº 10.216 / 01, but also the damaging nature of total institutions. This research, besides a brief outline of the birth of this criminal penalty and its favorite targets, even under the criminological aspect, intends to demonstrate its incompatibility with the criminal dogmatic and the epistemological rupture caused by Psychiatric Reform.

Keywords: Mental illness. Dangerousness. Nonimputability. Security measures. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO…….....	10
1	**HISTÓRIA INTERESSADA DA LOUCURA**……..……	12
1.1	**Sobre a doença e o gesto terapêutico**……...……	12
1.2	**Da loucura à doença mental**……..……	16
1.3	**A construção do sujeito perigoso na nossa margem**…....…	28
1.4	**Entre médicos e juristas**……...……..…	47
1.5	**A gestão médica da conflitividade social**……..……	53
1.6	**Primeiras impressões**……..……..……	60
2.	**A CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA**…….....	63
2.1	**Uma breve cartografia do sujeito inimputável por doença mental e das medidas de segurança** ……..……..…	63
2.2	**Loucos e culpáveis**…….....	68
2.3	**A reação punitiva**…….....	81
2.4	**A incompatibilidade com a dogmática jurídico-penal**……...	85
2.5	**A grande internação não teve fim**……...….....	90
3.	**POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS**……...……	92
3.1	**As sementes da luta antimanicomial**……	92
3.2	**A psiquiatria brasileira como um processo de asilamento**...	107
3.3	**Rupturas e permanências**…….....	111
3.4	**Epílogo ou Prelúdio?** …….…….....	116
	CONCLUSÃO.....…….....	119

REFERÊNCIAS……..... 122

INTRODUÇÃO

Uma história da loucura requer a investigação de como e por qual razão certos fenômenos e processos se tornaram um problema, de que maneira certos comportamentos foram classificados como loucura e, num dado momento histórico, patologizados. Ou seja, uma genealogia da loucura deve partir da problematização de situações concretas e reais, em especial, considerando o escopo desse trabalho, da reação social a elas, pois a verdade da doença mental remete ao gesto da segregação do louco, não à mera história do conhecimento psiquiátrico.

Considerando o objeto específico dessa pesquisa, percebi que mais importante do que simplesmente esmiuçar os discursos médicos que embasaram a patologização da loucura e a consequente categorização da doença mental, era necessário desvelar como a confluência entre os saberes médicos e discursos jurídicos elegeu seus alvos preferenciais e fundamentou, num viés jurídico, criminológico e médico, uma reação punitiva diferenciada contra o indivíduo com sofrimento psíquico na nossa margem.

Numa sociedade dividida entre responsáveis e degenerados, normais e anormais, raças puras e mestiças, a loucura e o crime foram submetidos a terapêuticas sociais, segundo as quais os tratamentos dariam conta dos seres humanos recuperáveis e tratariam de neutralizar os irrecuperáveis. Contudo, revela-se mais temerária do que a dualidade produzida pelos discursos classificatórios e patologizantes do positivismo criminológico, a construção e perpetuação de um terceiro discurso, nem puramente médico, nem meramente jurídico, legitimador de uma intervenção penal ilimitada no sujeito a quem se atribui uma potência delitiva.

Apesar de não se refutar a diferença essencial entre as transgressões praticadas pelos “loucos”, aqueles que não têm consciência de suas ações, e aquelas realizadas pelos “normais”, apesar de o senso comum opor o crime à loucura como a culpa à inocência, o inimputável por doença mental é submetido pela dogmática jurídico-penal a uma resposta punitiva específica – as medidas de segurança – que pode resultar no seu isolamento indefinido numa instituição híbrida, espécie de instituição total, na qual prisão e hospital são sobrepostos.

A noção de periculosidade social atrelada à doença mental e o discurso correcional comum nas práticas jurídico-psiquiátricas, ao focar no indivíduo com sofrimento psíquico que cometeu um tipo de injusto, esperam justificar intervenções violentas contra esse sujeito em nome da sua saúde mental e dos danos que poderia gerar, inclusive, a si mesmo. Subverte-se, assim, o gesto terapêutico, ignorando, deliberadamente, a danosidade inerente às instituições totais, a incompatibilidade entre a prática isolacionista, a ideia de recuperação e a reinserção do paciente na comunidade e, principalmente, o seu efeito estigmatizante, questões denunciadas não só por juristas, mas por críticos do modelo psiquiátrico clássico como descobrimos ao longo dessa investigação.

Ainda hoje, abstraindo-se tais questões, insiste-se na responsabilização penal com vestes de tratamento do indivíduo com sofrimento psíquico em função do cometimento de um tipo de injusto. Assim, apesar de a luta antimanicomial ter redefinido tal indivíduo como sujeito de direitos e ter estabelecido novas práticas e acolhimentos dos usuários de saúde mental, o tratamento de tal personagem baseia-se nas premissas punitivas e correcionalistas que moldaram os sistemas asilares do século XVIII e justificaram o surgimento do seu sucessor, o manicômio judiciário.

A manutenção de um tratamento diferenciado entre os usuários comuns da saúde mental e aqueles que praticaram fatos definidos como crimes é a principal razão de ser dessa pesquisa.

1. HISTÓRIA INTERESSADA DA LOUCURA[1]

> *Que dizer da loucura? Mergulhado no meio de quase duas dezenas de loucos, não se tem absolutamente a impressão geral dela. Há, como em todas as manifestações da natureza, indivíduos, casos individuais, mas não há ou não se percebe entre eles uma relação de parentesco muito forte. Não há espécies, não há raças de loucos; há loucos só.*
>
> *Lima Barreto*[2]

1.1 Sobre a doença e o gesto terapêutico

A medicina de hoje ensina seus operadores a caracterizarem o doente pela doença mais do que identificar uma doença segundo o conjunto de sintomas espontaneamente apresentados pelo doente, tratando o doente nos processos de diagnóstico, prognóstico e terapia como objeto, não sujeito de sua doença. Somado a isso, o empenho das sociedades contemporâneas em tornar a medicina uma ciência das doenças, por um lado, e a vulgarização do saber médico pelas instituições de saúde pública, por outro, intensificam a reprodução de discursos estereotipados pelos indivíduos enfermos, o que reforça o seu papel de objeto da diligência médica e culmina no silenciamento e na invisibilização da sua vivência individual.

---

[1] Como destacou, Tangerino, "percorrer uma trilha histórica é sempre escolher alguns fatos em detrimento de outros", sendo inviável e mesmo inócuo recontarmos todas as tramas que permeiam a construção do sujeito perigoso, o híbrido louco-criminoso, e a reação punitiva a ele direcionada, privilegiaremos ao longo da pesquisa os elementos que permitem a análise desses fenômenos na nossa margem. Cf. TANGERINO, Davi de Paiva Costa. *Culpabilidade*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, p. 14.

[2] BARRETO, Lima. *O cemitério dos vivos: memórias*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2004, p. 43.

A paulatina eliminação da experiência dos doentes, entretanto, não advém apenas da colonização da medicina pelas ciências fundamentais e aplicadas nos primeiros anos do século XIX, quando então começamos a conhecer as causas determinantes das doenças do corpo – micróbios, vírus, bacilos e seus agentes – mas também pode ser interpretada como uma das consequências do tratamento conferido às populações operárias pelas sociedades industriais.

Como Foucault afirma em *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*[3], uma aparente resposta à obra de Ivan Illich[4], até o século XX, a saúde foi assegurada pelo Estado como forma de garantir a força física nacional, a capacidade laborativa, a produção de insumos e a defesa e o ataque militares, ou seja, medicina, política e economia se encontraram e deram origem uma intervenção médica fundamentalmente estatal, o que consolidou a execução de medidas ao mesmo tempo médicas e políticas.

Se o Império Romano pretendia salvar "almas", o que perdurou até as teocracias mitigadas ao longo do século XVIII, a somatocracia inaugurou uma intervenção nos corpos, o que transformou o hospital – até então uma instituição percebida como causa de doença e até mesmo da morte[5] – num espaço de vigilância, no qual se promoveria não só a cura, mas a ordem social. Assim, embora dispositivos de vigilância e de melhoria das condições de vida ditados por um poder político e sistematizados por higienistas tenham ganhado força na virada do século XIX para o século XX, mesmo ao longo do século XVIII, a organização e as práticas de hospitalização já denotavam uma nova abordagem das doenças: um tratamento desindividualizador das enfermidades, verdadeiro aparato de medicalização coletiva, com fins de regular o corpo e fornecer indivíduos fortes à sociedade.

---

[3] FOUCAULT, Michel. *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*, Educacion Medica y Salud, Vol 10 No 2, 1976, pp. 152-70.

[4] ILLLICH, Ivan. *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. Edição Kindle. Ed. Marion Boyars, 1976.

[5] Ao examinar o hospital colonial em nosso país, Roberto Machado nota a inexistência de assistência médica e sua administração por religiosos, o que, para o autor, contribuía para tornar o hospital um local de alastramento de epidemias e morte. Cf. MACHADO, Roberto et al. *Danação da Norma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007, p. 61.

Nesse cenário, nada mais compreensível que o médico cumpra o papel de gestor da população, um ator social[6], sendo natural, por um lado, a ascensão dos especialistas, engenheiros de um corpo decomposto, em detrimento do médico "clínico", e, por outro, o surgimento da Higiene, ramo da medicina social a se ocupar do modo de vida como fator multiplicação de situações patológicas.

Canguilhem alerta, porém, que não se pode confundir a gênese social das doenças com as próprias doenças[7], não se deve dizer que as doenças são fatos sociais, muito embora, por vezes, o *status* social do doente, a representação que ele tem da doença, e o fato de vivê-la como uma degradação possam ser considerados componentes da própria doença.

Evidencia-se, pois, a existência de uma tênue linha entre a medicina somática e psicossomática, modelos que divergem quanto ao alvo da intervenção reparadora.

Ora, enquanto as doenças somáticas encontram-se localizadas no organismo, no órgão, no tecido, na célula etc - o que estreita as relações entre medicina e biologia[8], pensamento reinterpretado pela Higiene, saber que mais tarde revelaria as leis da hereditariedade - a medicina psicossomática introduz o inconsciente e a perspectiva da doença enquanto complacência do doente, o que, de certa forma, ofuscaria o papel do médico no processo curativo[9].

Assim, se célebres médicos como John Brown centraram a atividade médica na ação, "para corpo inerte, medicina ativa", rechaçando o que ele chamou de "força da natureza", é certo que nem todos os doentes tratados se curam e alguns doentes se curam a despeito do atuar médico, o que, por sua vez, encontra-se em consonância com as observações de Hipócrates, segundo o qual, por médico, "deve-se entender uma atividade, imanente ao organismo, de compensação dos

---

[6] Como veremos adiante, toda medicina é social, uma prática social com tarefas sociais e políticas, sendo um mito a medicina individualista, puramente clínica.

[7] CANGUILHEM, Georges. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 30.

[8] Não se pode deixar de se observar pelas razões sociais próprias às populações afetadas.

[9] CANGUILHEM, op. cit, p. 11.

déficits, de restabelecimento do equilíbrio rompido, de retificação de postura na detecção do desvio”[10].

É preciso consignar, ainda, que se nem sempre a terapêutica colabora, por vezes, ela efetivamente reforça o mal que deveria reduzir, o que restará ainda mais evidente no tratamento conferido ao indivíduo com sofrimento psíquico, pois, em vez de estimular as reações do próprio organismo, colocando o médico como observador da natureza, esforça-se para moderá-lo, reprimi-lo como, por exemplo, no caso de reações humorais desproporcionais.

Não por acaso, gradualmente, conforme já mencionado, a medicina deixou de observar sintomas espontâneos e passou a pautar seus diagnósticos no exame de sinais provocados. Afasta-se, assim, a relação médico-doente da natureza e reduz-se a cura, como entendida pela medicina tradicional, ao efeito de um tratamento causal, da terapêutica descrita, resultado de uma ação exterior, além de símbolo de validade do diagnóstico e da prescrição.

Todavia, como Canguilhem pontuou, nunca foi tão complicado, desde a medicina psicossomática e do uso do método placebo, demonstrar a eficácia da terapêutica não se mostrando inusitado que os psicanalistas transformassem a cura no signo de uma capacidade encontrada no paciente de acabar, ele próprio, com suas dificuldades[11]. Essa aparente perda de protagonismo do saber médico fortalece a relação intersubjetiva médico-paciente ao mesmo tempo em que desconstrói a imagem do organismo como um território ameaçado por um inimigo exterior e permite a substituição da noção de cura enquanto resposta ofensiva-defensiva, alegoria tão presente que faz parte da própria ideia de doença, considerada, então, como reação de oposição a uma desordem.

Por outro lado, na virada do século XIX para o século XX, a fisiologia inaugurara a concepção de organismo, cujas funções de autorregulação encontravam-se intimamente relacionadas às funções de adaptação ao meio ambiente, abordagem reforçada com a descoberta dos fenômenos de contágio por Pasteur e seus alunos. Os estudos do cientista francês, por sua vez,

[10] Idem, ibidem, p. 13.

[11] Idem, ibidem, p. 51.

fundamentariam a substituição no pensamento médico de um ideal de cura por um ideal de prevenção de doenças, o que fortaleceria a figura do médico como agente executor de instruções estatais, ponto nodal no processo da higiene pública, no lugar do médico focado tão-somente nos sintomas de doente individuais.

Enfim, com essa breve digressão, pretendemos demonstrar que um estudo das doenças e da abordagem terapêutica não pode ser totalmente dissociado do *status* epistemológico da medicina, não pode tratar a doença como "fenômeno meteorológico"[12], desconsiderando os processos de patologização, medicalização e, como mostraremos adiante, moralização e criminalização dos comportamentos tidos como desviantes e, finalmente, não deve ignorar o sentido da doença na experiência humana e social, principalmente, quando pensamos na doença mental.

1.2 Da loucura à doença mental

Foucault, entre tantos estudiosos da história da verdade, formulou uma distinção entre duas formas de abordagem do assunto: a internalista, na qual se perseguiria a verdade a partir dos seus próprios princípios de regulação; e a externalista, que subordinaria a análise às condições econômicas e políticas externas[13]. Se uma visão internalista da alienação mental privilegiaria um exame do percurso teórico sobre o tema com o escopo de detectar uma passagem para um conhecimento cada vez mais científico, um enfoque externalista salientaria as práticas sociais e políticas que permeiam os modelos teóricos psiquiátricos.

Apesar de acreditarmos na importância do exame do discurso sobre as teorias psiquiátricas nos limites da ciência, temos que é mais valiosa a sua investigação em comunhão com as práticas sociais e o exame do seu valor

[12] Idem, ibidem, p. 31.

[13] FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. 3. ed.. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003, p. 11.

estratégico, uma maneira de relacionar o discurso com a prática e evidenciar as suas continuidades e descontinuidades, suas permanências e intermitências, o que só pode ser feito dentro de um determinado contexto histórico e, portanto, favorecendo uma aproximação externalista.

Dito isso, sem, contudo, termos a pretensão de reescrever uma história da loucura, é necessário situar historicamente a superação da abordagem teológica da loucura e seu processo de patologização, bem como o momento no qual ela se destaca do gênero amplo de doenças e demanda um tipo específico de medicina, questões que serão trazidas para a nossa margem.

É importante destacar desde logo a razão pela qual elegemos nessa oportunidade a expressão patologização, nomenclatura utilizada por Goffman[14], quando autores como Peter Conrad[15], Ivan Illich[16], Thomas Szasz[17] e o próprio Foucault[18] adotam o verbete medicalização para tratar de questões que tangenciam o nosso objeto de pesquisa.

Primeiramente, é preciso salientar que não há apenas uma definição limitadora para o que se entende como medicalização. Se Foucault abordou a medicalização enquanto forma de controle da vida, Conrad, por exemplo, foca na medicalização dos fatos da vida, partindo da interação, dos conceitos e da análise de doenças e comportamentos específicos. Além disso, para Conrad, o processo de medicalização se desdobra em diversas facetas: a criação de novas categorias médicas; a interação médico-paciente[19] e o uso da terminologia médica por outros

---

[14] GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

[15] CONRAD, Peter. *The Medicalization of Society*. Edição Kindle. Johns Hopkins University Press, 2008.

[16] ILLICH, Ivan. *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Edição Kindle. Ed. Marion Boyars, 1976.

[17] SZASZ, Thomas. *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*. Edição Kindle. Syracuse University Press, 2007.

[18] FOUCAULT, Michel. *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*, Educacion Medica y Salud, Vol 10 No 2, 1976, pp. 152-70.

[19] Castel afirmava que o essencial na medicalização da loucura não é a relação médico-paciente, mas a relação medicina-hospitalização, uma tecnologia hospitalar da qual emanaria um novo tipo de poder e conferiria um mandato social a partir de prática centrada sobretudo em asilos. Cf. CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

setores. Ou seja, é possível afirmar que a medicalização, num sentido amplo, consistirá no processo de inserção de um dado comportamento na seara médica, malgrado alguns teóricos ainda a fracionem, por exemplo, nos processos de psicologização e farmacologização ou farmaceutização.[20]

Pelas razões expostas, acreditamos que não é apropriado falar num primeiro momento em medicalização da loucura, mostrando-se mais adequada a noção de patologização, porquanto, se a superação das teorias teológicas da loucura iniciou a sua incorporação no campo médico, não afastou prontamente uma intervenção moral permeada por elementos religiosos, como veremos a seguir.

Desde os séculos XVIII e XIX, tende-se a ordenar conforme a distinção do normal e do patológico o poder de delimitar o irregular, o desviante, o desarrazoado, o ilícito e o criminal[21], por isso, pode causar surpresa a assertiva de que o mundo ocidental conheceu, e durante milênios, uma medicina assentada sobre uma consciência da doença na qual normal e patológico não organizavam as categorias fundamentais. O debate do pensamento médico com algumas formas de desvio religioso, questão emblemática na virada do século XVI, pode servir de exemplo. Naquele momento existia a crença numa alteração dos poderes físicos do homem sob o efeito de uma intervenção sobrenatural, de modo que a doença era considerada uma possessão por um ser maligno ou uma punição infligida a um desviante ou impuro[22]. Muitos séculos antes, porém, como se extrai da leitura do Antigo Testamento (Levítico, capítulos 13 e 14), doenças já eram associadas à ausência de virtude; a lepra, por exemplo, era considerada e rejeitada como uma impureza e os leprosos expulsos das comunidades[23]. Na Grécia, as formas de

---

[20] No processo de farmacologização não há necessariamente uma medicalização como, por exemplo, no uso recreativo de drogas (*lifestyle drugs*). Cf. WILLIAMS, Simon et al. *The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis.* Sociology of Health and Illness, 33 (5), 2011. pp. 710-725.

[21] FOUCAULT, Michel. *Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina*. Ditos e Escritos – volume VII. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011, p. 279.

[22] CANGUILHEM, op. cit., p. 23.

[23] Foucault faria um paralelo entre a exclusão dos leprosos ao longo da Idade Média, que ensejava não só o rompimento do contato com outros indivíduos, mas também a sua “desqualificação” jurídica e política (o leproso era declarado “morto” e seus bens transmitidos aos herdeiros) ao tratamento conferido aos loucos, doentes, criminosos, desviantes, pobres etc, sobre os quais também incidiam mecanismos de exclusão, desqualificação, recusa, rejeição, privação e desconhecimento. Ele destacou, porém, que um outro modelo de controle foi muito mais duradouro do que o da mera exclusão: o modelo pela inclusão do pestífero – um sistema que estabelece, fixa, atribui um lugar,

tratamento e de terapêutica também eram de ordem religiosa e deidades eram apontadas como entidades curadoras, só podendo se falar em medicina grega a partir do período hipocrático[24].

Não foi diferente com a loucura. Há claros resquícios da perspectiva mítico-religiosa de Homero sobre a loucura na concepção cristã-demonológica, uma vez que ambas admitem como sua causa ou natureza a interferência de entidades sobrenaturais sobre a inteligência e as paixões dos homens[25], o que mais tarde fora articulado para impor uma ortodoxia teológica ou moral[26]. Nos textos da Idade Média[27], nota-se, ainda, o estabelecimento de uma relação entre a heresia e a loucura[28] – o herético indicado como louco, a heresia como uma *insania*.[29] A partir dos séculos XV e XVI o saber médico se posicionou de modo ainda mais claro e colaborou na perseguição da bruxaria[30], uma das categorias de heresia: o médico era chamado para constatar que feridas e injeções não faziam sofrer aquele

define presenças, e presenças controladas por meio de uma observação constante e sutil, porém, insistente. Um exame perpétuo de um campo de regularidade. Cf. FOUCAULT, Michel. *Os anormais*. 2. ed.. São Paulo: Martins Fontes, 2011, pp. 37-40.

[24] CANGUILHEM, op. cit., p. 24.

[25] PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994, p. 79.

[26] Idem, ibidem, p. 83.

[27] Com o desenvolvimento da ideia de que o Estado era lesado pela ação de um indivíduo sobre outro, os indivíduos perderam o direito de resolver seus litígios, submetendo-se a um poder exterior que se impunha como poder judiciário e poder político. Cf. FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas.* Rio de Janeiro: Nau, 2003, p. 66 Com o avançar da Idade Média, portanto, o confisco do conflito pelo Estado agravou a ideia surgida do direito germânico de que o infrator era um traidor, ele passa a ser o inimigo do soberano, prática discursiva que povoa o atuar da inquisição, para quem o herege encontra-se em estado de pecado. ZAFFARONI, E. Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito Penal Brasileiro I.* Rio de Janeiro: Revan, 2011, p. 393.

[28] Entendida não só como perda de razão (delírio, na acepção moderna), mas também como descontrole da vontade, representado, tipicamente, pelo *amor insensato*. Cf. PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, p. 124.

[29] FOUCAULT, Michel. *Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina*, pp. 279, 283.

[30] O Martelo das Feiticeiras, escrito em 1487 por inquisitores, é a obra teórica fundacional do discurso legitimador do poder punitivo, apresentando um modelo integrado de criminologia, criminalística e direito pena e processual penal. Tal obra reuniu a experiência punitiva dos séculos anteriores e legitimou pela primeira vez o confisco do direito das vítimas, além de promover uma visão policial do saber que mais tarde se converteria numa visão policial da história. Confeccionado com o objetivo de combater o complô do diabo com as mulheres, interpretava os atos de bruxaria como sintoma de uma *inferioridade genética*. Para silenciar a vítima, portanto, o poder punitivo precisou submeter a mulher, rotulando-a como ser inferior e sistematizando sua perseguição. Cf. ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., pp. 510-515.

presumido como bruxo[31], selando uma aparente cumplicidade entre a ordem religiosa e o atuar médico[32].

No final do século XVII, contudo, a França é palco da repressão das minorias religiosas, o que desencadeia um movimento de exaltação de milagres, êxtases e transes. Com isso, as autoridades religiosas e civis recorrem ao testemunho da medicina, diante da complacência do parlamento, a fim de demonstrar que tais fatos são "naturais", o que evitaria, num primeiro momento, o internamento dos "culpados" acusados de loucura. Ou seja, dessa vez, a Igreja convoca os saberes médicos contra os fenômenos extáticos. Pode-se afirmar, portanto, que o nascimento do positivismo médico não decorreu de uma mera oposição às superstições, mas nasceu num contexto político de intervenção do poder real e oposição ao parlamento, bem como da autoridade magistral da Igreja, o que tornou a loucura herdeira, no nível da natureza, de todo um mundo de transcendências que outrora circundavam a experiência religiosa.[33]

Contemplando o século XVIII, percebe-se, ainda, uma outra origem para o que chamamos atualmente de doença mental: os episódios de "alienações coletivas" precisavam ser diferenciados dos "milagres" dos "servos de Deus", ou seja, a Igreja precisou estabelecer uma linha divisória entre a doença e tais milagres.[34] Nesse momento, entre outras propostas, surge a ideia de "contágio mental", um primitivo conceito psiquiátrico que tentava explicar a suposta transmissão de um comportamento aberrante por contaminação de uma pessoa a outra, bem como a noção de alienação mental (*mentis alienatio*) de Plater[35], estado de alteração

---

[31] PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, p. 281. Como Batista e Zaffaroni alertam, embora o Brasil não tenha sediado um tribunal da inquisição, um estudo das práticas processuais não pode ignorar seu legado. Cf. ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., p. 420.

[32] Pessotti defende que exorcistas como Menghius (1529-1609) ao vincular a loucura à possessão não se esforçavam para medicalizar a loucura e inclui-la no rol de enfermidades para então afastá-la da especulação teológica, mas buscavam classificar todas as enfermidades como possessão diabólica, antagonizando com os médicos da época. Cf. PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, pp. 118-119.

[33] FOUCAULT, op. cit., p. 298.

[34] PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, p. 19.

[35] É de Plater, ainda, a noção de patologia mental como um todo, incluindo a loucura e a deficiência mental.

decorrente de causas físicas, passionais ou internas[36] de pelo menos um dos três sentidos da mente – razão, memória e imaginação – em torno do qual se organizará boa parte da nosografia do século XIX[37]. Tais conceitos, além de começar a demitizar fenômenos prodigiosos, aproximando-os no plano das coisas naturais, trouxeram a palavra mental, o que é expressivo, pois demonstra que a medicina começava a ocupar-se cientificamente de processos não estritamente orgânicos e cujo substrato cerebral não era sequer invocado. Assim, nas cercanias da Revolução Francesa, tem início a construção de um discurso autônomo sobre doenças mentais ou alienação, comportamentos até então tratados como espécies de mazelas no gênero amplo das doenças e sujeitos a uma intervenção híbrida: religiosa, médica e embrionariamente jurídica.

É possível afirmar, portanto, que até o século XIX, quando a psiquiatria se instituiu como especialidade clínica e área específica do saber médico, o discurso sobre doenças mentais ou alienação era secundário, doentes eram considerados desde indivíduos que padeciam de possessão por um ser maligno ou mesmo desviantes e/ou impuros em razão de uma punição infligida por um poder sobrenatural até “doentes simuladores”, postura transformada especialmente com a influência de Freud, que mais tarde denominaria de “histéricos” os indivíduos que “simulavam” a doença, por exemplo, aqueles que tinham “acessos” ou, após essa mudança conceitual, os chamados “ataques”.

De toda sorte, é imprescindível destacar que a superação das explicações teológicas da loucura, apesar dos esforços para demonizar todas as doenças[38], permitiria, em última análise, o protagonismo da intervenção médica. Assim, embora fosse difícil definir o que seria a loucura, sua natureza ou explicação, ultrapassada censura renascentista, o pensamento médico buscou a verdade da ciência, um esforço para excluir qualquer conceito do tipo filosófico, mitológico, psicológico ou metafísico, impedindo, pretensamente, o aproveitamento de critérios ou registros

---

[36] Entre as causas internas do delírio, quando se trata de mania e melancolia, Plater inclui a possessão demoníaca. Por outro lado, há um declínio no interesse por comportamentos aberrantes ou distorções perceptivas.

[37] PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, p. 125.

[38] Idem, ibidem, p. 118.

comportamentais para fins de diagnóstico[39], já que tais dados poderiam estar deturpados por avaliações subjetivas, o que culminou na patologilização da loucura e, mais tarde, da figura do anormal.

Nada obstante, na esteira do que propunha, entre outros, Szasz[40] temos que a ideologia da doença e da saúde mental serve não só a fins políticos, revestidos de cuidados médicos, mas também a uma necessidade moral, evidente e premente, um discurso que fundamenta uma ingerência médica sem o consentimento do sujeito, próprio da Psiquiatria Institucional[41], em desconformidade com os ditames da medicina ocidental, segundo a qual a tarefa do médico é diagnosticar e tratar das desordens do corpo humano, o que dependeria da anuência do seu paciente, e, supostamente, atuaria em seu benefício. Ora, enquanto o tratamento médico existe, não só em razão de o paciente encontrar-se enfermo, mas por deseja ser curado e consentir com a sua submissão a um processo curativo, o que caracteriza o diagnóstico, o isolamento e a cura psiquiátrica é que tais providências existem não porque a pessoa considerada enferma quer ou está disposta a se submeter a elas, mas porque alguém afirma que o "paciente" padece de uma "enfermidade mental".

Até o advento da bruxaria, concepção abrangente que atribuiria não só diversos comportamentos, mas também acidentes naturais como abortos naturais e perda de colheitas à obra do demônio, o mal era apenas a privação do bem.[42] Com o transcurso da Idade Média, bruxaria e *insania*[43] se confundem, o que leva alguns historiadores a sugerirem que a Psiquiatria se articula como uma mudança de atitude com relação à feitiçaria[44], já que pessoas consideradas heréticas passaram a

---

[39] O que também invisibilizaria a experiência individual do doente.

[40] SZASZ, Thomas. *A fabricação da loucura – Um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento da Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976. BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. SERRA, Antonio. *A psiquiatria como discurso político*. Rio de Janeiro: Edições Achiamé, 1979.

[41] Szasz chama de Psiquiatria Institucional as intervenções psiquiátricas impostas como, por exemplo, a hospitalização involuntária em hospital psiquiátrico.

[42] PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, p. 85.

[43] Além da *insania*, outras categorias como o *delirium* (delírio), que eventualmente será transformado num subgênero e abarcará a melancolia e a mania, e a *fatuitas* (imbecilidade), por exemplo, eram associadas à alienação mental no início do século XVII. Cf. PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, p. 124.

[44] SZASZ, A *fabricação da loucura*, p. 19.

ser tratadas como loucas. Não é essa a explicação de Szasz. Se Foucault destacou as práticas sociais engendradas nos comportamentos desviantes[45], recontando a história do papel social do louco, Szasz privilegiou na sua abordagem como determinadas pessoas foram classificadas, definidas e, consequentemente, tratadas contra a sua vontade, o que é percebido até os dias atuais. Numa perspectiva rotulacionista[46], pode-se falar, portanto, que Szasz se concentrou no processo de atribuição e construção de um determinado papel social pela autoridade, chancelado pela opinião pública e credulidade popular a um certo sujeito, associando-se discursos considerados excêntricos, comportamentos estranhos ou imorais à possessão demoníaca. Ou seja, não se afirmava "possesso, portanto louco", mas "louco, portanto, possesso"[47].

Naturalmente, alguns sujeitos assumiram de forma voluntária, por exemplo, o papel da feiticeira, seja motivados pela vontade de adotar um papel divergente na sociedade como um todo, seja no âmbito familiar. A assunção de um personagem, porém, não afasta o processo de construção de um objeto social e tampouco a sistematização de um controle articulado entre o Estado, a Igreja e a Medicina, gestão fundada em explicações teológicas e, posteriormente, médicas, e instrumentalizada em intervenções de cunho terapêutico, ainda que pautadas em argumentos teológicos e jurídicos.

Da mesma maneira que algumas pessoas abertamente assumiram seu *status* desviante durante a Idade Média, alguns indivíduos avocam atualmente a doença mental como forma de obter auxílio psiquiátrico, celeuma que, para Szasz, pertence à Psiquiatria Contratual[48], abordagem para a qual o conceito de doença

---

[45] FOUCAULT, Michel. *História da loucura.* 9. ed.. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2012.

[46] Em síntese, podemos definir o rotulacionismo como o estudo da "formação da identidade desviante" e das agências de controle social. Cf. BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal.* Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2002, pp. 89-90.

[47] PESSOTTI, op. cit., p. 90.

[48] Szasz defende a abolição de toda intervenção psiquiátrica involuntária, sob a justificativa de que as enfermidades mentais são problemas humanos, não médicos. São problemas econômicos, morais, sociais e políticos, enfermidades metafóricas, sendo a Psiquiatria Institucional um instrumento de controle social. Cf. SZASZ, Thomas. *¿A quien sirve la psiquiatria?* In: BASAGLIA, Franco (org.) *Los Crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión.* Siglo XXI, 1987, p. 318.

mental é irrelevante, uma vez que é a imposição do papel que encontra-se umbilicalmente vinculada à prescrição de um tratamento coercitivo, próprio da Psiquiatria Institucional, no qual a autoridade psiquiátrica naturalmente tem total controle da relação. Há, portanto, similaridades entre o papel da feiticeira e do atual doente mental, seja quando pensamos no sujeito-objeto da Psiquiatria Institucional, seja quando examinamos o sujeito de direitos da Psiquiatria Contratual.

Como outrora sublinhado, malgrado a ideia de loucura preceda o século XVII, ela não só não era usualmente associada ao conceito de doença[49], como também não existia um movimento e tampouco um sólido saber médico baseado nela. Assim, pergunta-se: se o conceito de feitiçaria também remetia à ideia de perigo[50] e se confundia com a loucura, como e por que apenas a partir do século XVII o louco se torna o perigoso, o alienista, o protetor e organiza-se um movimento persecutório de massa? Como a doutrina demonista da loucura[51] é substituída pelo enfoque médico?

Na perspectiva de Szasz, o avançar das relações feudais, o advento do mercantilismo e a formação de uma classe média, além do contato com culturas estranhas durante as Cruzadas, fomentaram questionamentos acerca da autoridade clerical e a busca por novas respostas para os problemas da vida. Assim, para ele, teve início a construção do modelo teórico das relações sociais, diverso do modelo divino para a vida na Terra, baseado na experimentação e observação, pilares da ciência moderna.[52]

Num primeiro momento, foram estabelecidos critérios específicos para a identificação de bruxas, alguns relacionados a características próprias de doenças, competindo aos médicos em parceria com os exorcistas distinguir entre as

---

[49] Oportuno consignar que alguns autores clássicos como Hipócrates, fugindo ao modelo mítico-teológico, já possuíam uma visão mais racionalista do fenômeno, pautada na ignorância e na indisciplina intelectual ou na fraqueza ante os impulsos instintivos, causas que determinariam a insensatez e a irracionalidade. Cf. PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, p. 46.

[50] Bruxas representavam um perigo, pois, além de serem encaradas como intermediárias do demônio, poderiam provocar a possessão em terceiros.

[51] Terminologia utilizada por Pessotti.

[52] SZASZ, op. cit., pp. 32-33.

enfermidades provocadas por causas naturais e as relacionadas à feitiçaria[53]. Diante do gradual declínio do poder da Igreja e consequentemente da sua interpretação sobre o mundo, o par inquisidor-feiticeira foi substituído pelo alienista-insano mental. Com isso, o papel de diagnosticador foi transferido para o médico, a quem competiria distinguir as doenças do corpo das doenças da mente, culpados de inocentes, uma visão hipocrática, fagulha de uma concepção organicista, mais ou menos contaminada por noções mágicas, religiosas[54] e, ainda que embrionariamente, jurídicas[55].

Nesse contexto, os inimigos internos do Estado, aqueles que supostamente desafiavam os valores sociais estabelecidos – miseráveis, jovens abandonados pelos pais, desempregados, prostitutas, epiléticos, sujeitos melancólicos ou maníacos, indivíduos com desejos sexuais aberrantes, portadores de doenças inexplicáveis – se confundiriam com os loucos – ou seja, a desrazão não era ainda a essência da loucura[56] – o que culminou, em meados do século XVII, no "grande confinamento dos insanos", cujo principal marco é a fundação do Hôpital Général, na cidade de Paris, em 1656.

A despeito do nome, o Hôpital Général não era uma instituição propriamente médica, mas uma estrutura "semijurídica", claramente híbrida, entidade assistencial e administrativa que se situava entre a polícia e a justiça, como a ordem terceira da repressão, caracterizada, portanto, por sua miscibilidade institucional[57]. Nesse cenário, natural que os critérios de internação, a designação de alguém como louco e a sua consequente exclusão da sociedade não dependessem de uma ciência médica, mas de uma percepção social do sujeito produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família, a Igreja etc, a partir de critérios que não diziam respeito substancialmente à medicina, mas à transgressão das leis da

---

[53] Idem, ibidem, p. 37.

[54] PESSOTTI, op. cit., p. 90.

[55] Zacchias, em *Quaestiones medico-legales*, de 1651, apresentaria uma classificação das doenças mentais construída a partir de códigos jurídicos com o objetivo de fixar critérios de imputabilidade e responsabilidade decisória para efeitos legais. Cf. PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, p. 124.

[56] Idem, ibidem, p. 107.

[57] Tal questão será melhor examinada ao falarmos sobre o papel do perito no *continuum* protetor social, na construção de uma reação homogênea ao perigo.

razão e da moralidade e, por conseguinte, ao perigo que ele representava para a sociedade da época.

Assim, como percebeu George Rosen, era desnecessário ser mentalmente doente para ser encarcerado numa instituição pretensamente psiquiátrica, o indivíduo era privado de sua liberdade não para receber cuidados médicos, mas para proteger a sociedade e impedir a desintegração de suas instituições[58]. Esse fenômeno não se limitou à Paris ou à França, mas atingiu toda a Europa e, como veremos adiante, atravessou o Atlântico, possuindo significado social, moral, político e econômico importante na percepção da loucura na época clássica[59].

Como pensador materialista, Rusche percebeu o movimento de patologização e criminalização da ociosidade, da pobreza e da classe perigosa em geral como forma de tornar socialmente rentável a força de trabalho dos indesejáveis[60]. Basaglia, focando em outros comportamentos desviantes, como a insurgência contra o *status quo* político, percebia a Psiquiatria como um modelo de controle social daqueles que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção[61]. Para ele, o capitalismo organiza e tenta transformar a doença mental em mercadoria – e consegue. Tangenciando Szasz, Foucault compreendeu o grande internamento como a passagem de uma visão religiosa da pobreza e do desvio, até então encarados, respectivamente, como uma positividade santificada e atuação sobrenatural, para uma percepção social que lhes atribui caráter negativo, pois sintomas de uma desordem moral e obstáculos à ordem social vigente, o que exigiu a segregação e, eventualmente, a disciplinarização desses sujeitos.

Dessa maneira, apesar de Foucault, assim como Rusche, notar o fenômeno sob um viés econômico e lhe apontar duas justificativas, em tempo de desemprego,

---

[58] ROSEN, George. *Da* Polícia *médica à Medicina Social: ensaio sobre a assistência médica.* Rio de janeiro: Edições Graal, 1979.

[59] O fenômeno não era somente estatal, pois a Igreja também organizou estabelecimentos de reclusão.

[60] RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto*. Punição e Estrutura Social*. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2004, p. 68.

[61] BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

a necessidade de proteger a cidade contra distúrbios que poderiam ser causados pelos ociosos; e, em tempo de pleno emprego, o incremento da mão-de-obra barata, pode-se afirmar que, em última análise, como Szasz, Foucault o explica, sobretudo, como um fenômeno moral. Para ele, a pobreza, o ócio e os desvios a eles relacionados não eram simplesmente fruto do desemprego, mas a falta de disciplina e maus costumes, o que demandava o exercício de um poder político que, laicizando a moral e promovendo a sua administração, não apenas excluía da sociedade aqueles que escapavam de suas regras, mas, de modo mais fundamental, criaria e produziria uma população homogênea[62], de características específicas, corrigida da imoralidade por meio da repressão física do internamento involuntário.

Pode-se concluir, então, que a explicação teológica foi substituída pelo enfoque predominantemente médico como uma maneira de agregar mais atores em prol da manutenção do *status quo* da época, instrumentalizando uma reação social no seio das próprias instituições, além de reunir mais sujeitos sob a alcunha de louco. Pode-se afirmar, ainda, que a Psiquiatria Institucional nascente revelou-se uma sucessora digna da Inquisição como forma de controle social e discurso afirmador da ética social dominante, mostrando-se recente a racionalização de que uma pessoa precise "sofrer" de uma "doença mental" para justificar seu internamento, afinal, por muito tempo, bastava qualquer comportamento inexplicado para que fosse franqueada a intervenção de um poder essencialmente punitivo, a despeito das suas vestes terapêuticas.

Finalmente, é preciso consignar que, da mesma maneira que a Inquisição não afrontava a maior parte da população, embora individualmente todos evitassem ser envolvidos pelas suas amarras, a Psiquiatria Institucional foi discursivamente aceita e acolhida socialmente, no entanto, individualmente as pessoas tendem a se manter fora do seu alcance, pois, assim como o Direito Penal, fora planejada para proteger e enaltecer um grupo em detrimento de outro. Decerto, cada vez que a

---

[62] Essa população se forma basicamente a partir de quatro domínios de experiência e que a época clássica transformaria num grupo homogêneo: (i) a sexualidade imoral do doente venéreo (prostituição, sodomia, devassidão); (ii) os fenômenos antes considerados profanação do sagrado e que então passaram a significar desordem do coração, da alma, desordem moral ou social, como a blasfêmia, o suicídio ou a magia/feitiçaria, que são então desclassificados como erro, engano, ilusão; (iii) a libertinagem, a sujeição à não-razão dos desejos do coração; e, finalmente, o que mais nos interessa, (iv) a loucura. Cf. FOUCAULT, *Os anormais*, cit.

Psiquiatria cria uma nova regra de saúde mental, exsurge uma nova classe de indivíduos mentalmente doentes e perigosos para si e para os demais, da mesma maneira, cada vez que legisladores promulgam uma nova lei penal, é criada uma nova categoria de delinquentes e exigida uma reação punitiva específica. A lógica de produção destes desviantes, como veremos adiante, é eminentemente política.

1.3 A construção do sujeito perigoso na nossa margem

O grande internamento dos indesejáveis destroços do exército industrial de reserva criado pela Revolução Industrial inspirou uma reflexão científica sobre a rede de prisões, manicômios, asilos e internatos, "libertando" o pensamento criminológico do discurso meramente jurídico[63], um momento de constituição de um saber sobre o criminoso e de constituição do criminoso como um anormal[64].

Naquela ocasião, as ciências médicas transferiram-se para o campo do controle penal, focando no sujeito desviado a fim de encontrar uma explicação científica para a *criminalidade*[65]. Segundo Lola Aniyar de Castro, as ciências naturais invadiram logo, com prestígio da experimentação e quantificação, o terreno das ciências sociais, pois, naquele momento, "nada era legítimo se não contava com o aval da fórmula matemática ou taxionômica, ou de sua inclusão numa lei geral de fenômenos similares. É o império do fisicalismo. Do cientificismo."[66]

---

[63] Sobre os prós e contras do caráter autônomo da Criminologia como disciplina, merece atenção o artigo *Disciplining Criminology?* de GARLAND publicado na Revista Eletrônica Sistema Penal e Violência da PUCRS, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 114-125, jul/dez. 2009.

[64] RAUTER, Cristina. *Criminologia e Subjetividade no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2003, p. 32.

[65] Grifamos o vocábulo criminalidade, pois acreditamos ser equivocada a sua utilização, porquanto, defendemos que o crime não é ontológico, mas atribuído, motivo pelo qual entendemos ser mais acertada a expressão criminalização.

[66] CASTRO, Lola Aniyar de. *Criminologia da Libertação.* Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2005, p. 45.

Na abordagem de Szasz, por outro lado, a Psiquiatria Institucional nascente, com o objetivo de confirmar sua ideologia e justificar seus poderes e privilégios, combinou as noções de doença mental e *criminalidade,* unificando-as a partir de um denominador comum extremamente útil para juízes e psiquiatras: a ideia de periculosidade[67]. Como enfatiza o mencionado autor, sob esse prisma, os criminosos só se distinguiriam dos doentes pela maneira que escolhemos para lidar com eles, afinal, o crime seria uma perturbação da comunicação e, por isso, uma forma de doença mental.

Pode-se afirmar, portanto, que enquanto a loucura, entre outros comportamentos desviantes, era patologizada por um incipiente discurso psiquiátrico e convertida em doença mental, a noção de livre arbítrio e a revolucionária ideia de igualdade, fundamentos da responsabilidade jurídica construídos pela Escola Clássica, cediam lugar ao biodeterminismo dos velhos criminalistas, que mais tarde seria substituído por um sociodeterminismo[68]. Esse enfoque pretensamente científico do comportamento criminoso culminaria na superposição de dois modelos de intervenção social, paradigma que se perpetua até hoje, notadamente, no que tange ao indivíduo com sofrimento psíquico: o modelo jurídico-punitivo e o modelo psiquiátrico-terapêutico, duas facetas do poder punitivo.

Deparando-se com a ambiguidade inerente à instituição criada especificamente para o tratamento e contenção do louco-criminoso, o manicômio judiciário, Carrara[69] reconstruiu o processo de configuração desse sujeito perigoso desde o monomaníaco dos alienistas franceses, passando pelos degenerados de Morel e pelos criminosos natos da tríade italiana de Lombroso, Ferri e Garófalo até os loucos morais de Maudsley, revelando a idiossincrasia presente na concepção "doente-criminoso".

Entre elucubrações de médicos e juristas, entre outros especialistas, sobre as fronteiras entre a doença mental e o crime, portanto, surgirá o principal personagem desse trabalho, o sujeito perigoso por excelência e, por isso, disputado

---

[67] SZASZ, *A fabricação da loucura*, p. 45.

[68] BARATTA, op. cit, p. 30.

[69] CARRARA, Sergio. *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século.* Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.

por diversos ramos da Medicina, bem como pelo aparato de justiça criminal: o louco-criminoso.

Embora não se questione atualmente a diferença essencial entre as transgressões praticadas pelos “loucos”, aqueles que não têm consciência de suas ações[70], e aquelas realizadas pelos “normais”, embora o senso comum oponha o crime à loucura como a culpa à inocência, embora as noções de penalidade e tratamento se excluam e os modelos jurídico-punitivo e psiquiátrico-terapêutico sejam incompatíveis[71], o louco-criminoso, o indivíduo com sofrimento psíquico que cometeu um delito, o inimputável por doença mental da dogmática jurídico-penal, ainda é alvo de uma resposta punitiva específica e ontologicamente híbrida – as medidas de segurança – potencialmente indeterminada e executada num estabelecimento deliberadamente anômalo, espécie de instituição total[72], na qual prisão e hospital são justapostos, o manicômio judiciário, um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar[73].

Assim, se a antropologia mais tarde pensaria no crime como um atributo de certas naturezas humanas[74], noção ressignificada pela Medicina Legal, o crime como objeto da psiquiatria foi interpretado como sintoma de uma doença mental, uma situação excepcional, uma natureza pervertida por causas ou razões externas e inesperadas. Nesse ponto, é preciso assinalar que a percepção do crime como uma patologia se consolidou com as ideias positivistas, contudo, Carrara, citando, entre outros, Castel, observa que a aproximação entre loucura e crime teve início no âmbito das sociedades liberais, afinal, se o contrato social visava o bem comum, um ataque à sociedade e a ruptura com tal pacto poderiam ser compreendidos como um sinal de irracionalidade.[75]

---

[70] Como será examinado na segunda parte dessa pesquisa, ao analisarmos o encapsulamento do saber criminológico pela dogmática jurídico-penal, a inimputabilidade será definida como a incapacidade de apreender a natureza proibida de certa ação ou de agir conforme essa compreensão em razão da existência de uma doença mental ou do desenvolvimento incompleto ou retardado das funções de representação e de vontade do aparelho psíquico do indivíduo.

[71] THOMPSON, Augusto. *A questão penitenciária*. 3. ed.. Rio de Janeiro: Forense, 1991.

[72] GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2010.

[73] CARRARA, op. cit., p. 27.

[74] Idem, ibidem, p. 68.

[75] Idem, ibidem, p. 69. CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

Não por acaso as primeiras incursões dos alienistas franceses para além dos muros dos asilos, como observou Castel, foram motivadas pelos enigmas que certos crimes representavam, sendo emblemáticos os casos de Pierre Rivière, contado por Foucault[76], e, nos trópicos, de Custódio Serrão, introduzido num artigo de Carrara[77] e melhor analisado na sua obra *Crime e Loucura.* Decerto, o caráter incompreensível de tais delitos, a subversão de valores tão básicos (amor materno, amor filial, por exemplo) permitiu a presença dos alienistas nos tribunais, pois provocou o questionamento acerca da própria humanidade desses sujeitos. Nesse cenário, surgiu a monomania, definição que concorreria mais tarde com a doutrina da degeneração.

A monomania apareceu como uma noção intelectualista da loucura, "uma concepção que definia a loucura basicamente através do delírio[78] e que tinha como tipo exemplar o maníaco"[79], podendo permanecer oculta por muito tempo, o que intrigava os juristas. Posteriormente, a monomania se desdobrou em algumas modalidades: a intelectual, lesão parcial da inteligência; a raciocinante ou afetiva, a loucura moral pelos ingleses, que diz respeito aos hábitos, ao caráter, às paixões; e a instintiva, na qual há uma lesão da vontade, mas o delírio não se faz presente. A partir de então, a loucura seria definitivamente vinculada à afetação da consciência e, em razão disso, passou-se a observar não só o perfil do pensamento do indivíduo, mas também o seu comportamento. Há, portanto, um deslocamento do exame de ideias e representações do sujeito para a crítica de suas ações, o que aumentou o poder de intervenção dos alienistas na seara judicial. Com o saber médico engajado na distinção entre o doente e o homem são, o responsável e o irresponsável, natural a intensificação de uma disputa entre alienistas e juristas pela tutela louco-criminoso.

Em meados do século XIX, porém, a monomania se tornou objeto de críticas

---

[76] FOUCAULT, Michel. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

[77] CARRARA, Sergio. *O crime de um certo Custódio e o surgimento do manicômio judiciário no Brasil.* Revista Dados, n. 2, vol. 34, 1991, pp. 279-301.

[78] A noção de *insania* fora associada não só à perda da razão mas também ao descontrole da vontade, representado, tipicamente, pelo *amor insensato*. Cf. PESSOTTI, *A loucura e as épocas*, p. 124.

[79] CARRARA, *Crime e Loucura*, p. 71.

no Velho Continente e começou a ceder espaço para a doutrina da degeneração[80], fruto de uma reflexão médica específica sobre o crime. Casos como o de Custódio Serrão combinariam tais conceitos, pois descreviam o sujeito como um louco hereditário, característica do degenerado, que sofria da mania dos perseguidos-perseguidores, uma das especificidades da monomania. Há de se reconhecer, por conseguinte, que a monomania e a degeneração possuem pontos de encontro, pois ambas pretendiam formular explicações para transgressões aparentemente irracionais, divergindo, porém, quanto ao caráter atávico atribuído às perturbações pela doutrina da degeneração, o que a tornaria sinônimo de predisposição hereditária, discurso reproduzido em certa medida em relação ao criminoso nato e pela Higiene, uma face da Medicina Social[81].

Em nosso país, a noção de degenerescência proposta por Morel, ou seja, que vincula variações étnicas e raciais, sentido conferido por naturalistas e "antropologistas"[82], a uma patologia mental transmitida hereditariamente, foi antropofagicamente pensada por Nina Rodrigues[83] e se mostrou em consonância com as finalidades sociais exigidas naqueles tempos sediciosos, sobretudo, a manutenção da ordem tão necessária em função dos grandes períodos de anarquia, caudilhismo e guerras civis, característicos da história latino-americana do século XIX[84], e a conservação de um tratamento desigual aos negros e mestiços recém-libertos.

---

[80] Morel, criador da noção clínica de degenerescência e responsável pela substituição do método sintomático pelo etiológico e clínico, afirma que a alienação mental conjuga a predisposição degenerativa com a natureza das causas (meios, comportamentos, hereditariedade etc).

[81] Fundada em 1923, a Liga Brasileira de Higiene Mental tinha como objetivo manifesto proporcionar uma melhor assistência aos doentes mentais, o que deu origem a projetos que visavam à prevenção, à eugenia e à educação dos indivíduos "normais" no período "pré-patogênico". Cf. COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. 5. ed.. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

[82] CARRARA, op. cit., p. 82.

[83] Médico maranhense, professor da escola de medicina da Bahia por dezessete anos, conhecido pelas pesquisas sobre a cultura e os costumes africanos, Nina defendeu um tratamento jurídico específico a certos grupos, em particular e não por acaso, os negros e mestiços, além de capitanear estudos sobre o ensino e a assistência da psiquiátrica, malgrado seus trabalhos, em última análise, convergissem para a garantia da ordem.

[84] Merece destaque o receio gerado pela insurreição de escravos e mestiços como a que se deu no Haiti no final no século XVIII, em 1794, bem como a insegurança das classes dominantes ante a desproporção exagerada entre uma minoria branca e proprietária e uma maioria de desempregados,

Assim, apesar de a predisposição hereditária já ser apontada por alienistas de meados do século XIX como uma das principais causas da alienação mental[85], apenas com os ensinamentos de Morel se concluiu que a hereditariedade[86] mórbida produzia algo além de uma simples propensão, engendrando verdadeiros tipos antropológicos desviantes, "cujos sistemas vitais encontravam-se constitucionalmente mal conformados e funcionalmente alterados"[87], proposta que se filia a uma concepção organicista da loucura[88], pois relacionada a uma reflexão sobre o sistema nervoso, questão reinterpretada por Nina Rodrigues considerando a heterogeneidade do nosso povo.

Na nossa margem, Silvio Romero, contemporâneo de Nina Rodrigues, defendeu o branqueamento geral da população local e acreditava numa mestiçagem "possível", ou seja, que nem toda mistura de espécies era sinônimo de degeneração, afinal, somos "mestiços no sangue, na alma e nas ideias"[89]. Na década de 20, os efeitos degenerativos da miscigenação também seriam sistematicamente criticados por cientistas brasileiros como Roquette-Pinto, por outro lado, o antropólogo defenderia que a mistura de raças seria danosa apenas quando feita "ao azar", sem orientação higiênica, sem educação ou fora da organização familiar, revelando uma maneira de pensar eugênica[90]. O médico maranhense, por sua vez, radical do

---

pobres e mestiços. Cf. CORRÊA, Mariza. *As ilusões da liberdade: A Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil.* Bragança Paulista: EDUSF, 1998, p. 351.

[85] BIRMAN, *A Psiquiatria como discurso da moralidade*, capítulo II.

[86] Como veremos adiante, a hereditariedade será utilizada para conferir uma roupagem científica ao combate à mestiçagem, ideia proposta por Nina e pelos psiquiatras da Liga Brasileira de Higiene Mental que formularam uma proposta preventiva da psiquiatria no início do século XX.

[87] CARRARA, op. cit., p. 83.

[88] Carrara destacou ao longo de sua obra que a concepção organicista é compatível com uma visão monista do homem enquanto totalidade físico-moral, porquanto a hereditariedade seria responsável pela transmissão de caraterísticas físicas e morais – temperamento, aptidão, caráter etc, de modo que para avaliar a saúde mental de alguém seria necessário conhecer a sua história individual e familiar, como ocorreu no caso de Custódio Serrão, quando o internamento de seu irmão mais velho, por exemplo, foi valorado como um sinal de sua degeneração.

[89] ROMERO *apud* SCHWARCZ, Lilia Katri Moritz. *Quando a desigualdade é a diferença: Reflexões sobre Antropologia Criminal e Mestiçagem na Obra de Nina Rodrigues.* Gazeta Médica da Bahia, Salvador, ano 140, v. 76, suplemento 2, p. 47-53, dez. 2006. Disponível em http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia Acesso em 25 de janeiro de 2014, p. 48.

[90] CARRARA, Sergio. *Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade no Brasil do entre-guerras*. IN: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.) *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, p. 437.

pessimismo, negara a proposta de que todas as raças poderiam alcançar uma "perfectibilidade", ideia própria do evolucionismo social, concebendo uma realidade estanque e ontológica no tocante às raças, o que ensejaria não só a conexão entre as ideias de mestiçagem e afetações mentais, mas resultou na sua correlação com uma irreversível "trajetória delinquente".

Nada mais natural, portanto, que Nina Rodrigues defendesse a necessidade de um tratamento jurídico-penal distinto, pois a mestiçagem gerava uma propensão às doenças mentais, às afecções graves do sistema nervoso, à degenerescência física e psíquica, comprometendo os indivíduos ao ponto de praticamente nulificar sua vontade[91], pedra angular do pensamento penal clássico. Embora discordasse da extensão da miscigenação cultural apresentada por Nina Rodrigues e Silvio Romero[92], Euclides da Cunha também afirmava que o mestiço, dada a "mistura de raças *mui* diversas" é "quase sempre desequilibrado"[93], destacando, porém, que o sertanejo, graças ao seu isolamento, não é um degenerado, mas um retrógrado[94].

Outra questão impactante sobre a doutrina da degeneração e que reforçou a ideia de um "tipo humano específico", também previsto nas teorias sobre a monomania, o *homo criminalis* da antropologia criminal, são os sinais corporais da degeneração, os estigmas. Reproduzindo as lições de Morel, Nina Rodrigues interpretou quaisquer deformações anatômicas e problemas fisiológicos, tais como lábio leporino, palato fendido, surdez etc[95], além de peculiaridades como o indivíduo ser canhoto ou ambidestro, como indicativos de um estado degenerativo total do organismo. Assim, para além de um exame das condições de vida do sujeito, do seu comportamento ou moralidade e do seu histórico familiar, o médico deveria estar atento para o corpo daqueles que examinava para atestar uma degeneração

---

[91] Idem, ibidem, pp. 08-09.

[92] CORRÊA, op. cit., p. 51.

[93] Idem, ibidem, p. 52.

[94] LYRA, Roberto. *Direito Penal Científico (Criminologia).* Rio de Janeiro: José Konfino Editor, 1974, p. 95.

[95] NINA RODRIGUES, Raymundo. *Mestiçagem, degenerescência e crime.* Tradução de Mariza Corrêa do artigo "Métissage, dégénerescence et crime", publicado nos Archives d'Anthropologie Criminelle, v.14, n.83, 1899, p. 3. Disponível em http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/Mesticagem.pdf Acesso em 20 de janeiro de 2014, pp. 10, 12, 31.

nervosa. Tais estigmas físicos resolveriam, outrossim, ainda que temporariamente, uma discussão muito relevante na história da saúde mental.

Sem dúvida, o afastamento de um olhar teológico sobre e loucura e sua patologização resultaram na busca por uma explicação científica[96] para o fenômeno, seja uma lesão orgânica que justificasse a alienação mental, seja o entendimento de que distúrbios funcionais no sistema nervoso a acarretariam, como defenderam Pinel e Esquirol[97].

Reforçando argumentos anatomopatológicos, a explicação de Morel[98] substituiu a ausência de uma lesão original no sistema nervoso por uma má conformação desse sistema representada na existência dos estigmas físicos da degeneração, o que daria uma base objetiva para a medicina mental e permitiria a sua incorporação pelas ciências positivas. Os sinais físicos, portanto, atestariam a existência de uma deformação mais profunda, de um defeito invisível, mas presente nas células nervosas.

Feitas tais ponderações, Morel e seus seguidores entenderam que os degenerados deveriam ser considerados alienados, independentemente do grau da sua degeneração, o que, dada a extensa classificação proposta por Morel, que partia da excentricidade e chegava na debilidade mental completa[99], abarcaria uma gama de comportamentos não patologizados até então, ampliando o objeto de reflexão psiquiátrica e, consequente, a própria noção de sujeito perigoso. Daí advém, também, a possibilidade de inclusão do “comportamento criminoso” no espaço de manifestações degenerativas, o que cooperou para a construção de uma primeira criminologia.

Enfim, se na doutrina das monomanias o louco se aproxima do perigo e do crime, na degeneração, o criminoso é patologizado e medicalizado, pois passa a ser considerado detentor de uma anomalia moral, de uma disfunção orgânica, sintomas

---

[96] Não se desconhecem as explicações metafísicas sobre o tema, como a crise humoral hipocrática ou a efervescência dos espíritos animais postulada por Thomas Willis, privilegia-se, contudo, nesse momento, o exame da loucura quando ela se torna território preferencial da medicina.

[97] PESSOTTI, Isaías. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 2001, pp. 57-63.

[98] Idem, ibidem, pp. 82-87.

[99] CARRARA, op. cit., p. 95.

da alienação, o que determinou a incursão da medicina mental no campo do direito penal a fim de questionar suas premissas básicas.

Como advertiu Carrara, contudo, não partiram exclusivamente do saber psiquiátrico as críticas mais certeiras ao direito penal liberal.[100]

Enquanto as doutrinas da monomania e da degeneração construíram uma zona fronteiriça entre culpa e inocência, responsabilidade e irresponsabilidade, crime e doença mental, transformando o desvio e, mais especificamente, o delito, no prenúncio de uma moléstia mental qualquer, a antropologia criminal, disciplina surgida nas últimas décadas do século XIX, além de reivindicar o status de ciência natural e positiva, sistematicamente examinou o crime fora da dicotomia sanidade/insanidade e apontou suas consequências para a prática penal e penitenciária, forjando as objeções mais contundentes ao sistema jurídico-penal até então vigente.

A ideia de que a maldade de um homem estava estampada em seu corpo, fazendo parte de sua natureza, presente na teoria da degeneração de Morel na noção de estigma, também fora defendida na fisiognomia de Della Porta, na frenologia de Gall, nas técnicas de antropometria de Broca e na cranioscopia de Lavater, todos precursores dos fundadores da antropologia criminal, mas é apenas o primeiro passo rumo à naturalização do criminoso. Partindo de tal ideia, os pais da antropologia criminal perseguiram uma abordagem objetiva da questão criminal, área de reflexão que ficou conhecida como criminologia, apegando-se a uma perspectiva preponderantemente biologizante, que, de certo modo, influencia, até hoje, os nossos códigos penais, como será examinado na segunda parte da nossa pesquisa.

Apesar de a Escola Positivista do Direito Penal abranger um amplo espectro de autores, como, por exemplo, Gabriel Tarde, da Escola Francesa, que buscava nas causas sociais uma explicação para o delito, ou Von Liszt, da Escola Alemã, foram os italianos Cesare Lombroso, médico, Enrico Ferri e Rafaelle Garófalo, juristas, os “chefes da nova escola criminalista” nas palavras de Nina Rodrigues[101],

---

[100] Idem, ibidem, p. 97.

[101] NINA RODRIGUES, Raymundo. *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934.

que agregaram definitivamente ao Direito uma concepção biodeterminista das ações humanas, o que culminaria num paradigmático sujeito perigoso.

Conjugando o atavismo enunciado pela doutrina da degeneração com a concepção de que o comportamento criminoso decorria da variação antropológica da espécie, ou seja, articulando evolucionismo e biodeterminismo, Lombroso na célebre obra *O homem delinquente* construiu o criminoso nato, personificação da periculosidade, um tipo humano regressivo, cujos estigmas, comuns também no degenerado, indicariam não apenas uma anomalia orgânica, mas uma "ferocidade original"[102] que o impedia de pensar ou agir como um "homem honesto", de modo que o crime era fruto de uma condição desviante que lhe é característica.

Esse "outro", que poderia ser um inimigo externo (membro das sociedades ditas não civilizadas) ou um inimigo interno (o criminoso), embora moralmente irresponsável e, portanto, inocente, teria negado quaisquer direitos, até mesmo os chamados universais, e seria objeto de intervenções de todo tipo, inclusive, a eliminação física. Logo, foi o criminoso nato, aquele por natureza incorrigível, a principal chave na demonstração positivista da falsidade dos pressupostos do direito clássico, principalmente, a liberdade de agir, e, consequentemente, da inocuidade das reações penais fundadas na responsabilidade individual.

Considerando que o homem age em obediência aos imperativos da natureza, reformulou-se a resposta penal como uma medida essencialmente fundada na noção de defesa social. Além disso, a intervenção penal deveria ser delineada por meio de uma avaliação particular da periculosidade ou da temibilidade, termo usado por Garófalo[103], do sujeito, o que seria aferido por exames físicos e psicológicos promovidos por um corpo técnico. Portanto, em prol de uma ideia de segurança pública, tanto os loucos inocentes como os criminosos moral e individualmente irresponsáveis deveriam ser medicalizados e contidos, o que, longe de fomentar a impunidade, permitiu uma intervenção mais profunda e ilimitada, pois respaldada pelo perigo, frise-se, cientificamente apurado, que ambos representavam para os demais cidadãos.

---

[102] CARRARA, op. cit., p. 105.

[103] GARÓFALO, Rafaelle. *La Criminologie. Étude sur la nature du crime et la théorie de la pénalité*. E-book, Edição Kindle.

Tal como a doutrina da degeneração, a recepção dessas premissas positivistas na América Latina, como Rosa del Olmo salientou, não se desenvolveu de maneira unilateral, como uma imposição de "normas universais" pelos países industriais, mas contou com a aceitação entusiasmada dos grupos hegemônicos das zonas periféricas consoante seus interesses específicos[104].

Na nossa margem, como diria Zaffaroni[105], entre os séculos XVI e XIX, o liberalismo disciplinador conviveu com a truculência escravocrata[106] e o extermínio dos povos originários, as civilizações indígenas, sendo possível afirmar, ainda, que a lei e a norma social, no sentido que lhes dá Foucault, foram complementares, partes inseparáveis de um mesmo conjunto, na nossa história política[107]. Por outro turno, como destaca Gizlene Neder, o positivismo criminológico representou uma vanguarda laicizante no Brasil, o que ela denominou de liberalismo radical, na contramão das oligarquias associadas ao poder da Igreja Católica.[108]

Nesse contexto, natural a confecção de uma leitura própria ou, como sugere Sozzo[109], uma tradução "em sentido amplo" dos ideais positivistas nas colônias, sendo especialmente revelador observar como nossa "ciência" prontamente legitimou o tratamento desigual conferido à população negra logo após o desmanche do regime escravocrata. De fato, de uma forma geral, os latino-americanos buscaram nos modelos europeus e norte-americanos resoluções para suas questões locais[110]. Nada obstante, esse processo de ontologização de desigualdades na nossa margem se desdobrou num processo de acumulação muito

---

[104] OLMO, Rosa del. *A América Latina e sua criminologia*. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2004, p. 159.

[105] ZAFFARONI, E. Raúl. *Criminología: Aproximación desde un margen*. Bogotá: Editorial Temis S. A., 1988, p. 15.

[106] O Código Criminal do Império (1830), ao mesmo tempo em que determinava a extinção das penas "infamantes" das Ordenações Filipinas, mantinha a pena de açoites aos escravos.

[107] CORRÊA, *As ilusões da liberdade*, p. 74.

[108] NEDER, Gizlene. *Discurso Jurídico e Ordem Burguesa no Brasil*. Niterói: Editora da UFF, 2012.

[109] SOZZO, Máximo. *Traduttore traditore: traducción, importación cultural e historia del presente de la criminología em América Latina*. Cuadernos de Doctrina y Jurisprudencia Penal, Buenos Aires, v. 7, n. 13, p.353-431, nov. 2001.

[110] OLMO, op. cit., pp. 159, 162.

particular de contradições derivadas de elementos históricos peculiares e de uma heterogeneidade estrutural.[111]

Pensando especificamente na sociedade brasileira do século XIX, percebe-se um agudo dilema: a transição do regime de tutela colonial para o regime da lei como garantia da igualdade esbarrava na necessidade de limitar a participação das massas, principalmente, das classes perigosas compostas por milhões de descendentes de africanos, os degenerados[112] por excelência de Nina Rodrigues, na vida política do país, negando-lhe, assim, a plena cidadania[113], que se torna um assunto também de competência médica, e reafirmando a sua exclusão.[114]

Não surpreende, portanto, que paralelamente ao declínio do regime escravista o positivismo criminológico, uma nova ciência do controle social, passasse a desempenhar papel substancial no cenário brasileiro[115], servindo para o fortalecimento de um Estado oligárquico, elemento fundamental da primeira fase de acumulação capitalista, bem como instrumento para a manutenção do tratamento jurídico desigual dirigido contra negros e mestiços em geral.

Ou seja, o momento no qual o negro se tornou "livre" coincidiu não só com a apropriação do discurso liberal por uma elite profissional, acompanhado da retórica da igualdade formal, mas também com a construção de um discurso científico e etnológico que tentava imputar uma nova forma de inferioridade, o que robusteceria a desigualdade social e requalificaria o negro de "máquina de trabalho" para "objeto de ciência".

---

[111] Idem, ibidem, pp. 158, 162-163.

[112] Para estudiosos do Velho Continente, os brasileiros eram degenerados, tanto moral, quanto racialmente, em razão do clima tropical e da miscigenação, estando o acesso ao "mundo civilizado' fora de seu alcance. Cf. CARRARA, *Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade no Brasil do entre-guerras*, p. 433.

[113] NINA RODRIGUES, *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*, p. 215.

[114] CORRÊA, *As ilusões da liberdade*, pp. 33-34.

[115] Rosa del Olmo pontuou que o positivismo foi o remédio radical com o qual a América hispânica tratou de romper com um passado que a incomodava, enquanto, no Brasil, ele fora utilizado apenas naqueles aspectos em que a realidade brasileira o reclamava. Cf. OLMO, *A América Latina e sua criminologia*, p. 163.

É necessário apontar, contudo, que, ao menos num primeiro momento, os postulados positivistas não foram assimilados pela legislação latino-americana, a qual, salvo exceções, observou uma tendência clássica[116]. Esse descompasso entre norma social e lei foi alvo de críticas por estudiosos como Nina Rodrigues, pois não se coadunava com a importação de uma especial maneira de pensar: a busca de uma resposta científica aos problemas sociais. Todavia, como bem lembra Mariza Corrêa[117], a legalização *a posteriori* é uma constante da nossa história política, o obstáculo às sutilezas disciplinares não são os artigos legais, mas a atuação nitidamente fora da lei, sendo evidentemente limitada a explicação de determinadas relações sociais a partir da norma formal.

Enfim, nesse cenário, sob a aclamação das classes dominantes da periferia latino-americana, consolidou-se o estudo científico da *criminalidade*, cujas ideias evolucionistas e raciais, principais fontes de sustentação da antropologia criminal[118], ganhavam destaque, pois em sintonia com as justificativas racistas propagadas no final do século XIX para as limitações dos países da América Latina[119].

Sem dúvida, os ensinamentos de Lombroso[120], Ferri e Garófalo, implementados no Brasil pelo *apartheid* criminológico da Escola de Recife, propiciaram não só uma abordagem medicalizada (psiquiatrizada) acerca do

---

[116] OLMO, op. cit., p. 170.

[117] CORRÊA, op. cit., p. 75.

[118] Mariza Corrêa ressalva que, a despeito das discordâncias entre Silvio Romero e Nina Rodrigues, eles utilizavam a mesma definição para a palavra antropologia, limitando-a ao domínio do biológico, distinguindo-a da etnografia. Cf. CORRÊA, *As ilusões da liberdade*, p. 51.

[119] Muito embora, segundo Nina Rodrigues, os chefes da nova escola criminalista, Lombroso, Ferri e Garófalo, não "tenham percebido" desde logo a influência degenerativa da mestiçagem na etiologia do crime, tema invocado pioneiramente por Mme. Clémence Royer durante o segundo Congresso de Antropologia Criminal em 1889, para ele, tal omissão decorreu simplesmente da dificuldade de separar de maneira segura a influência do cruzamento de raças de outras causas, de ordem biológica e social que poderiam simultaneamente ter influência na degenerescência ou na decadência precoce dos povos mestiços.

[120] Apesar de ser considerado o maior mestre de Nina Rodrigues, o discípulo diverge dele em alguns aspectos, fazendo menção, por vezes, a Gabriel Tarde, seu principal crítico, como, por exemplo, quando afirma que a ideia de que uma legislação idêntica para todo o país só seria possível diante de uma sociedade também homogênea. Cf. NINA RODRIGUES, *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*, pp. 65-66.

discurso sobre o crime e o criminoso,[121] o que impôs uma modificação na fundamentação e na operacionalidade da pena, como foram fonte de inspiração dos estudos de Nina Rodrigues, a quem se consagra a inauguração da antropologia, da criminologia e da medicina legal na nossa margem.

Se, inicialmente, na Faculdade de Direito de Recife[122], se desenvolveu uma formação voltada ao cientificismo e ao evolucionismo, acomodando modelos teóricos diversos, já que a Faculdade de Direito de São Paulo se preocupava precipuamente com a construção de forças políticas, afinal, se constituía ali uma região econômica e politicamente importante, num segundo momento, outros profissionais, além dos juristas, se interessaram pela questão criminal, merecendo ênfase o empenho da classe médica, cuja atuação por meio da medicina legal foi decisiva para a invasão de uma seara até então dominada somente por juristas.

Não causa surpresa, por conseguinte, a recepção do biologismo e do psicologismo ou mesmo a grande difusão das teorias sobre "degeneração", produto das limitações mentais e raciais do delinquente[123], signo da aproximação entre a criminologia e a medicina legal.

Previsível, nessa esteira, tal como no Velho Continente, o início de uma intensa disputa entre os saberes médicos e jurídicos[124], inclusive, no tocante à tutela do criminoso. Se até então a intervenção médica no campo criminológico era contida, limitando-se tão-somente a apurar se o indivíduo acusado estava em estado de demência ou não no momento do ato, o que afastaria a sua responsabilidade

---

[121] Rosa del Olmo questiona se os médicos legistas incorporaram o problema do homem criminoso ao seu campo de estudo em função do predomínio da noção do delinquente como ser patologicamente anormal ou, pelo contrário, se a concepção do delinquente como "patologicamente anormal" motivou a incorporação do tema da criminologia no campo do estudo médico. Cf. OLMO, *A América Latina e sua criminologia*, p. 177.

[122] Tobias Barreto, membro da Escola de Recife, foi duramente criticado por Nina Rodrigues na obra *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*, por apresentar o que ele chamou de posição conciliadora entre as noções de livre-arbítrio e determinismo.

[123] Idem, ibidem, p. 176.

[124] Enquanto a formação jurídica tenta situar os problemas da sociedade na corrente da história da humanidade, já que a perspectiva dos operadores do Direito privilegiava as sínteses totalizantes, a formação médica é mais analítica do que sintética e a ênfase no experimental, no empírico, tendia a prevalecer sobre as generalizações. Daí a importância de se analisar a constituição da medicina legal. Cf. CORRÊA, *As ilusões da liberdade*, pp. 353-354.

jurídica[125], com a superação das explicações teológicas da loucura, operou-se a sua incorporação ao território da intervenção médica, o que desencadeou a patologilização da doença mental e, consequentemente, do anormal. Nessa esteira, inevitável o fortalecimento da psiquiatria como especialidade clínica e área específica do saber médico, passando a figura do médico-perito a ser conclamada, não só a fim de promover o diagnóstico do louco, fosse o louco moral, o degenerado, o alienado etc, mas também para permitir a prescrição de um tratamento supostamente mais humanizado e adequado no que tange à resposta penal para quem realizou um fato definido pela lei como crime.

Nesse passo, imprescindível consignar que desde 1891, data em que passou a ocupar a cadeira de Virgilio Damásio na disciplina de medicina legal na Faculdade de Medicina da Bahia, Nina Rodrigues empenhou-se não só em consolidar a medicina legal como um ramo autônomo da medicina brasileira, mas também em concretizar as propostas de seu antecessor, entre elas, a nomeação dos professores de medicina legal como peritos da polícia, o que só foi alcançado em 1905 com a publicação na Revista dos cursos da faculdade de medicina do acordo firmado entre a faculdade e a Secretaria de Segurança Pública a fim de que as perícias fossem realizadas sob a direção do catedrático de medicina legal[126]. Além disso, se o debate sobre as ideias positivistas no âmbito jurídico ampliou-se com a publicação de *A Nova Escola Penal*[127], Nina Rodrigues parece só ter se interessado verdadeiramente pelo assunto após lecionar medicina legal na faculdade, pois, até então, a questão não era mencionada nos seus trabalhos.[128]

É preciso registrar, de toda sorte, que o fortalecimento de um ramo da medicina como saber autônomo derivava não só de uma luta por um nicho profissional, mas também possuía uma importante função ideológica: a

---

[125] FOUCAULT, *Os anormais*, p. 17.

[126] CORRÊA, Mariza. *Raimundo Nina Rodrigues e a "garantia da ordem social".* Revista USP, São Paulo, n. 68, p. 130-139, dezembro/fevereiro 2005-2006. Disponível em http://www.usp.br/revistausp/68/11-mariza-correa.pdf Acesso em 15 de julho de 2013, p. 135.

[127] CASTRO, Viveiros de. *A Nova Escola Penal*. Rio de Janeiro: Livraria Modsrka, 1894. Disponível em http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle/2011/21309/A_nova_escola_penal.pdf?sequence=2 Acesso em 17 de agosto de 2013.

[128] CORRÊA, *As ilusões da liberdade*, p. 88.

desqualificação do curandeirismo[129] e da homeopatia e a consolidação da medicina tradicional como produtora exclusiva de conhecimento sobre a cura na sociedade brasileira[130].

Apesar de Nina Rodrigues ter se tornado especialista em Medicina Legal, ele incorporou as inquietações da Medicina Social, disciplina com a qual a Psiquiatria se articulou, questão sobre a qual nos debruçaremos melhor a seguir, pois não se preocupava apenas com as doenças dos indivíduos, mas com as manifestações de patologia social, desde o estudo de hábitos alimentares considerados nocivos até o de moléstias epidêmicas. Nesse sentido, percebemos nos seus primeiros trabalhos como recém-formado estudos sobre os comportamentos de grupos sociais, situando, por óbvio, a raça negra como elemento patológico na composição da nossa população, o que extrapolava a mera análise de casos individuais.

Compreensível, portanto, que a atuação de Nina Rodrigues, entre outros pensadores da época, incorporasse áreas cada vez mais amplas da vida social, como as sugestões de definição e classificação pelos códigos civil e penal. Conquanto organizasse sua produção científica em torno do eixo da Medicina Legal, para ele, era impensável destacar, por exemplo, a sua criminologia da sua antropologia ou da sua psicologia, o que se torna mais palpável diante da sua tentativa de apropriação de mais um objeto de análise, o louco, que acabou sendo tomado por outro campo, a psiquiatria.

Como outrora mencionado, para Nina Rodrigues, a mestiçagem gerava uma propensão às doenças mentais, às afecções graves do sistema nervoso, à degenerescência física e psíquica, comprometendo os indivíduos ao ponto de praticamente anular sua vontade[131]. Ademais, a partir da tradução das lições de Spencer, grande admirador de Darwin, Nina Rodrigues concluiu que a impulsividade que dominava as ações dos selvagens era transmissível aos seus descendentes mestiços, de modo que, por defeito de organização, por insuficiência e desarmonia

---

[129] Ao analisar historicamente a figura do médico no Brasil colonial, Roberto Machado apontará como a correlação médico-doença fora preterida naquele momento por outras formas de cura em razão do pouco interesse dos médicos portugueses em se deslocar para o Brasil e a proibição de ensino superior nas colônias. Cf. MACHADO, *Danação da norma*, pp. 25, 53.

[130] CORRÊA, op. cit., p. 137.

[131] NINA RODRIGUES, *Mestiçagem, degenerescência e crime*, pp. 08-09.

do desenvolvimento psicológico, não só os negros e índios, mas ainda os seus mestiços, deveriam ser menos responsáveis do que os brancos civilizados.[132]

Portanto, apesar de corroborar um pressuposto da época, a noção de inferioridade do negro, Nina Rodrigues insistiu na ideia de que o real problema da nação não seriam as raças puras, sejam os negros, sejam os indígenas, ambas detentoras de uma responsabilidade atenuada, mas os mestiços, em regra[133], resultado de cruzamentos de raças tão diferentes antropologicamente e, por isso, degenerados e naturalmente perigosos, o que exigiria uma resposta penal diferenciada.

Revela-se razoável e, sobretudo, coerente, nesse contexto, a sua insurgência contra as noções de igualdade e livre-arbítrio previstas no Código Penal de 1890, pois, além de contraproducentes diante das sedições da população negra recém-liberta, não se coadunavam com a tradução das ideias positivistas, mormente, de Lombroso quanto à existência de uma criminalidade atávica e própria de cada povo, que reforçava não só o determinismo, mas, principalmente, a atribuição da culpabilidade a um grupo perigoso. É preciso atentar, contudo, que a defesa de uma culpabilidade diferenciada por Nina Rodrigues não visava o afastamento da responsabilidade penal das raças malditas ou dos mestiços, mas a garantia de sua punição.

Se o pressuposto espiritualista do livre arbítrio, critério de responsabilidade presente nas nossas legislações, verdadeira “ilusão de liberdade”, impossibilitava a repressão da “criminalidade étnica” ou “primitiva”, assegurando a sua impunidade e comprometendo a segurança social, a vontade do indivíduo precisava ser substituída pela uma soma de características e limitações próprias do seu grupo como paradigma de sua responsabilização.

---

[132] NINA RODRIGUES, *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*, pp. 148-149.

[133] Nina Rodrigues propôs, no entanto, uma classificação, pensamento hierarquizante inerente ao liberalismo e incorporado pelo positivismo, os mestiços poderiam ser superiores, evidentemente degenerados ou comuns, sendo os primeiros responsáveis e aproveitáveis e os dois últimos, respectivamente, parcial ou totalmente irresponsáveis e com responsabilidade atenuada. Além disso, ele criticava os estudos que não faziam distinções entre os diversos tipos de mestiços (mulatos, mamelucos ou caboclos e cafuzos, bem como as formas derivadas), o que significava, para Nina, negar o papel das raças como fator etiológico.

Ora, se a "diferença não é, portanto, sinônimo de pluralismo, mas marca ontológica, desenhada pela natureza"[134], a imputabilidade criminal deveria considerar as diferenças entre as raças e os mestiços, cabendo ao médico-jurista legislar sobre os degenerados. Ou seja, com uma posição extremada para a sua própria época, Nina Rodrigues, em última análise, defendeu a "relatividade" do crime e vinculou a questão à imputabilidade, porquanto, a seu sentir, certas raças só seriam responsáveis, enquanto outras não, o que ensejou a proposta de criação de dois códigos penais[135]: "para Nina, éramos diferentes e essa diferença deveria ser, de fato, levada a sério."[136]

Engana-se, ainda, quem pensa que Nina Rodrigues defendeu o aprisionamento geral. Para Nina, a prisão era "uma escola perigosa de criminosos terríveis", pois não discriminava seus ocupantes. Assim como os criminólogos italianos, ele sugeriu o asilo ao invés da prisão, a substituição da panaceia da prisão por meios supostamente educadores,[137] o que eventualmente deu origem ao nefasto manicômio judiciário, sob o fundamento de que necessária a diversidade institucional na assistência de alienados e, consequentemente, de um serviço específico ao louco-criminoso. É o início da tutelarização da diferença, interpretada como um direito incontestável por Nina Rodrigues[138], uma vez que grupos de indivíduos que não tivesse atingido a "maturidade" necessária para serem tratados como plenamente responsáveis receberiam um tratamento diverso.

Enfim, se o negro, o índio e seus mestiços deixaram de ser vistos como "máquinas de trabalho", se sua humanidade fora assegurada, era preciso determinar o grau de sua contribuição à cultura brasileira[139] e o seu estatuto social, pois Nina

---

[134] SCHWARCZ, *Quando a desigualdade é a diferença: Reflexões sobre Antropologia Criminal e Mestiçagem na Obra de Nina Rodrigues*, p. 52.

[135] NINA RODRIGUES, *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*, p. 201.

[136] SCHWARCZ, op. cit., p. 48.

[137] CORRÊA, op. cit., p. 166.

[138] NINA RODRIGUES, *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*, p. 169.

[139] Entre 1920 e 1930, historiadores como Sérgio Buarque de Holanda afirmariam que a inferioridade brasileira deveria ser procurada na herança portuguesa ou ibérica, passando a pesquisar sistematicamente a contribuição dos negros para uma civilização que começava a ser vista então como singularmente brasileira, não mais como uma versão empobrecida da Europa. Gilberto Freyre, no conhecido Casa-grande & Senzala, criticaria a ideia de negros e índios eram mais libidinosos que

Rodrigues estava convicto sobre a estreita vinculação entre o orgânico e o social: a raça era o elemento crucial de seu argumento a respeito da debilidade física, mental e também cultural da população brasileira[140].

Logo, suas famosas análises sobre as práticas dos negros baianos são apenas outro aspecto da mesma preocupação geral: comprovar o atraso (inclusive, cultural) da população mestiça, o que só se tornou inteligível ao lado das suas elucubrações sobre o crime e, finalmente, a loucura nessa população.

Desse modo, embora a questão racial e a pesquisa etnográfica tenham marcado a trajetória de Nina Rodrigues, o apóstolo da antropologia criminal na América do Sul nas palavras de Lombroso[141], sua pesquisa, além de permitir a construção do sujeito perigoso nos trópicos, alcançou também a saúde pública e a garantia da ordem social, preocupações desvinculadas de interesses particulares e dirigidas a um "bem geral", próprias daquele momento histórico: a reorganização do país como nação[142], o que foi, não por acaso, pensado em termos de raça[143].

Por outro lado, o ecletismo mostrado por juristas como Tobias Barreto, tanto na assimilação das ideias criminológicas quanto ao examinar os postulados das escolas clássica e positivista, não advém apenas de uma característica comum à nossa produção intelectual da época[144], mas de uma necessidade de solucionar problemas práticos, para além da ficção liberal do contrato, decorrentes da

---

portugueses, em especial, ou europeus. Para explicar a decadência física ou moral do Brasil, foram destacados fatores ambientais como doenças, subnutrição, pobreza e a herança escravista, todos contornáveis por meio da intervenção estatal. O "problema racial" brasileiro também seria deslocado para patologia sexual através da sífilis, a ideia de que todo brasileiro teria no seu sangue uma dose de sífilis e tal doença ser vista como hereditária fazia dela um substituto perfeito da miscigenação. CARRARA, *Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade no Brasil do entre-guerras*, pp. 442-443.

[140] CORRÊA, op. cit., p. 190.

[141] PEIXOTO, Afrânio. *In*: NINA RODRIGUES, Raymundo. *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934.

[142] CORRÊA, *As ilusões da liberdade*, p. 77.

[143] Alguns bacharéis, como Viveiros de Castro e Cândido Mota, não só percebiam a raça como fatos de diferenciação da responsabilidade penal, como defenderam uma maior participação de médicos nas instituições jurídico-penais, o que mais tarde foi interpretado como um risco para o próprio monopólio dos profissionais da lei no campo da justiça. Cf. ALVAREZ, Marcos César. *Bacharéis, Criminologistas e Juristas: saber jurídico e nova escola penal no Brasil*. São Paulo: Método, 2003, p. 229.

[144] HOLANDA, Sérgio Buarque. *Raízes do Brasil.* 20. ed.. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988, p. 113.

desigualdade presente na sociedade brasileira. Assim, por trás do debate escolástico, havia um verdadeiro esforço para incorporar novos dispositivos normalizadores[145] às instituições jurídicas nacionais, uma tentativa de compatibilizar lei e norma.

1.4 Entre médicos e juristas

A relação médico-paciente, assunto correlacionado à prática psiquiátrica, será melhor examinada na terceira parte da pesquisa, quando então já teremos apresentado o lugar desse sujeito dentro da dogmática jurídico-penal. Entendemos ser importante, contudo, antes de abordarmos a incorporação dos saberes tratados nesse capítulo pelos nossos diplomas legais, fazer uma breve digressão sobre o início da disputa pela tutela do louco-criminoso e, a seguir, a cumplicidade da Medicinal Social na gestão dos conflitos no início do século XX.

Os saberes jurídicos corriqueiramente se apropriam e ditam soluções para os conflitos interindividuais, não se encontram, contudo, isolados das demais áreas do conhecimento. As especialidades médicas, em especial, mantêm íntima relação com a judicialização dos conflitos, ora como coadjuvantes, ora perseguindo um protagonismo, principalmente, no que tange às técnicas sobre a responsabilidade penal dos sujeitos, situação na qual os peritos obtêm papel de destaque.

Ao analisar o exame psiquiátrico, por óbvio, no Velho Continente, Foucault revelou a existência de uma aliança entre os saberes médicos e os discursos jurídicos, na qual os médicos funcionavam como juízes paralelos, detentores de um

[145] Pedro Lessa, geralmente definido como um positivista não-ortodoxo, desmembrou a noção de determinismo com o objetivo de demonstrar que ele não se confunde com fatalismo, uma vez que a vontade dos indivíduos nunca é definida com base num único motivo. No entanto, tal como Barreto, embora aventando fundamentos diversos, acabou por atribuir ao Direito Penal novas funções de normalização dos indivíduos, pois, assim como a medicina, o direito nada mais faria do que criar motivos artificiais capazes de influenciar a existência humana. ALVAREZ, *Bacharéis, Criminologistas e Juristas: saber jurídico e nova escola penal no Brasil*, p. 238.

poder que reside no exercício de um saber especializado, imune, em tese, à crítica de leigos.

Assim, se inicialmente, o exame “clássico” visava tão-somente apurar se o indivíduo acusado estava em estado de demência ou não no momento do ato, o que afastaria a sua responsabilidade jurídica[146], com o refinamento e a aproximação entre os discursos jurídicos e os saberes médicos, o exame psiquiátrico passou a se debruçar sobre outras questões além do delito em si. Nesse cenário, o olhar do perito se voltou para as possíveis causas para o desvio, a motivação, a origem, o ponto de partida, de forma que o exame passou do ato à conduta, do delito à maneira de ser, para um estado de generalidade no comportamento de um indivíduo, viabilizando não a punição do crime, mas do próprio sujeito, e tendo como meta derradeira “mostrar como o indivíduo já se parecia com seu crime antes de o ter cometido”[147].

Nesse contexto, juízes passaram a julgar e punir condutas irregulares, violadoras de regras éticas ou morais, distúrbios emocionais, enfim, comportamentos que fogem a uma expectativa social, estabelecendo verdadeiros antecedentes ao delito, o que Foucault chamou de “infraliminares da penalidade”, tornando o sujeito responsável por tudo e por nada. Além disso, o sujeito “delinquente” alvo do exame psiquiátrico se tornou objeto de uma tecnologia, de um saber de reparação, de readaptação, de reinserção, de correção, caso sensível à sanção penal, uma substituição da punição pela cura[148], ou posto de lado como indivíduo perigoso, caso não o fosse.[149] Ou seja, passou-se do problema jurídico da atribuição da responsabilidade para a detecção da periculosidade do sujeito e de sua suscetibilidade à sanção.

Patente, portanto, o abrandamento da demarcação dicotômica: doença e responsabilidade, causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, terapêutica e punição, hospital e prisão. Nesse quadro, é possível afirmar que uma vez

---

[146] FOUCAULT, *Os anormais*, p. 17.

[147] Idem, ibidem, p. 18.

[148] Idem, ibidem, p. 21.

[149] Idem, ibidem, pp. 22-23.

constatada a incapacidade de o indivíduo compreender a natureza da sua conduta ou de agir conforme esse entendimento, afastava-se a penalidade, insurgindo, por outro lado, o dever de curar o outro e o dever de se curar: a cura como pena.

> É necessário optar, porque a loucura apaga o crime, a loucura não poder ser o lugar do crime e, inversamente, o crime não pode ser, em si, um ato que se arraiga na loucura. [...] quando o patológico entra em cena, a criminalidade, nos termos da lei, deve desaparecer. A instituição médica, em caso de loucura, deve tomar o lugar da instituição judiciária. A justiça não pode ter competência sobre o louco, ou melhor, a loucura [*rectius*: justiça] tem de se declarar incompetente quanto ao louco: princípio da soltura, no sentido jurídico do termo.[150]

É preciso assinalar, no entanto, que nem sempre esse espaço foi capitaneado por psiquiatras, especialistas que nomearam o louco como objeto de análise, tendo sido inicialmente ocupado por antropólogos, criminólogos e profissionais da Medicina Legal, ramo da medicina cuja autonomia fora especialmente defendida por Nina Rodrigues em nosso país, personagem já mencionado nessa pesquisa.

Nina Rodrigues, cujas pesquisas antropológicas das relações sociais receberam especial atenção graças à publicação seletiva de seus trabalhos, como alerta Mariza Corrêa[151], também se interessou pela perícia médico-legal, tema naturalmente tangenciado pelo estudo da “questão racial”, grande bandeira da época.

Distante da tradição liberal dos bacharéis, o discípulo de Lombroso e apaixonado pela pesquisa empírica, procedimento comum da área médica antes mesmo de ser uma metodologia das ciências sociais, investigou como o comportamento de cada sujeito estava predeterminado pelo seu pertencimento a certas classes biológicas, o que o levou a defender o cálculo da a periculosidade

---

[150] Idem, ibidem, p. 27.

[151] CORRÊA, *As ilusões da liberdade*, p. 136.

real ou virtual de cada indivíduo. Em outras palavras: Nina Rodrigues, a quem se consagra a inauguração da antropologia, da Criminologia e da Medicina Legal em nosso país, atuou pela legitimação da função pericial, que depois seria disputada entre especialistas como o médico legista, a partir da fundamentação desenvolvida pelo próprio Nina, o criminólogo, figura que se confundiria com o primeiro, e, finalmente, o psiquiatra, no caso do potencial louco-criminoso.

Observando a distribuição das raças em nosso território, Nina Rodrigues apontou a existência de uma minoria de elementos antropológicos puros, raças branca, negra, vermelha ou indígena, se opondo a uma maioria de mestiços em graus muito variados, o que fundamentaria a sua tentativa de hierarquizar culturalmente as categorias raciais e demonstrar o equívoco da prescrição de igualdade dos diplomas penais. Portanto, a partir das suas observações etnográficas, Nina Rodrigues defendeu a necessidade de escalonamento da responsabilidade social, moral e penal por um perito médico-legal, reafirmando, enfim, a imprescindibilidade de um tratamento científico para a questão.

A Medicina Legal, então, uma das primeiras disciplinas a conquistar um espaço institucional próprio, com toda a sua bagagem instrumental de aferição e classificação transformou o sujeito num objeto individualizado de um saber autoritário que visava defender a sociedade, um campo do saber situado na intersecção dos modelos médico e jurídico que produziria um terceiro tipo de conhecimento: a Criminologia, para Nina Rodrigues, um saber focado na correlação entre mestiçagem, degenerescência e *criminalidade*.

Equivoca-se, porém, quem pensa que Nina Rodrigues lutou pela institucionalização da Medicina Legal e pela profissionalização do perito médico-legal tão-somente para impedir o acesso de desqualificados. Em verdade, o médico maranhense acreditava na importância da intervenção do Estado numa sociedade na qual ainda coexistiam ex-escravos e ex-senhores, em que a República acabara de ser proclamada pelo Exército e pela Armada em nome da nação, uma nação que carecia de unidade étnica e na qual a fusão de raças diferentes inviabilizava a segura previsão de sua futura constituição definitiva.

Com a reforma do ensino médico de 1891 e sua nomeação como professor de Medicina Legal na faculdade da Bahia[152], a atuação de Nina Rodrigues se tornou sistemática dentro e fora da esfera acadêmica. Além de eleger como objetos de ação do perito a população da penitenciária, do hospital de caridade, do asilo de alienados, preocupava-se em estruturar juridicamente os quadros formais de atuação do perito, o que só se instituiu plenamente após a sua morte. Nina Rodrigues se esmerou, ainda, em recortar seu trabalho distinguindo-o de outros médicos, da medicina judiciária, da medicina clínica e da Higiene. Nesse contexto, defendeu a reabsorção do serviço médico-legal pela academia e a atuação dos professores de Medicina Legal como peritos, uma das bandeiras de seu antecessor, Virgilio Damásio, embora já estabelecesse relações informais com a polícia.

Dito isso, a Medicina Legal, que surgiu em nosso país como uma luta por um nicho profissional, incorporaria áreas cada vez mais amplas da vida social e se confundiria com a Medicina Social, com sugestões de definição e classificação pelos códigos civil e penal, o que culminaria na tentativa de absorção de mais um objeto de análise, o louco, que acabou sendo assumido por outro campo, a Psiquiatria. Evidente, portanto, a cumplicidade nascente entre os saberes médicos e os discursos jurídicos, conivência cristalizada na figura do perito médico-legal, o que também ocorreu na outra margem do Atlântico.

Se inicialmente, os saberes médicos representaram uma ameaça ao direito e à prática penal, despertando o receio dos juristas, pois afastariam a responsabilidade e pretensamente conduziriam a uma impunidade, num segundo momento, eles foram incorporados pelo discurso jurídico e se puseram a serviço do controle social dos indesejáveis, no nosso caso, principalmente, os escravos recém-libertos, os mestiços e os imigrantes. Assim, tal como nas metrópoles, formou-se um *continuum* médico-judiciário no Brasil recém-republicano, o que Foucault chamaria de “jogo de dupla qualificação”[153] em substituição ao modelo de exclusão recíproca entre o discurso médico e o judiciário, fazendo surgir o que ele chamaria de “domínio da perversidade”.

---

[152] CORRÊA, *Raimundo Nina Rodrigues e a “garantia da ordem social”*, p. 135.

[153] FOUCAULT, *Os anormais*, p. 28.

A incorporação de noções médicas no campo do poder judiciário e, inversamente, noções jurídicas no campo da competência médica, permitiria a substituição da alternativa institucional "ou prisão, ou hospital", "ou expiação, ou cura" por uma miscibilidade institucional, uma homogeneidade da reação social, uma reunião entre os polos expiatório e terapêutico que visava verdadeiramente responder ao perigo[154], não à doença, nem ao crime, uma superposição que justificaria a criação de uma instituição ambígua como o manicômio judiciário[155], um estabelecimento que não é propriamente terapêutico e tampouco responde exatamente ao crime, porque, nesse caso, bastariam as instituições punitivas.[156]

O exame médico, nesse cenário, não pertenceria nem ao direito, nem derivaria da medicina, no fundo, justiça e psiquiatria foram adulteradas, pois o atuar do perito não se dirigia nem aos delinquentes, nem aos doentes, mas a uma gradação do normal ao anormal, fundamentando um poder que não é nem judiciário, nem médico, um poder chamado por Foucault provisoriamente de "poder de normalização", que constituiria uma instância do controle, não do crime, nem da doença, mas do anormal.[157]

Enfim, na medida em que doença e crime se confundem, na medida em que delito e delinquente são patologizados, na medida em que perito e juiz trocam de papéis, o discurso do medo[158] e a noção de perigo se fortalecem, justificando e

---

[154] Idem, ibidem, p. 36.

[155] Embora a pesquisa de Nina Rodrigues no campo da assistência tenha dado origem ao nefasto manicômio judiciário, pois propôs, ao sugerir a diversidade institucional na assistência de alienados, um serviço específico ao louco criminoso há de se reconhecer que suas pesquisas serviram de roteiro para a construção do atendimento psiquiátrico ao longo do século XX, estabelecendo, ainda, princípios que se mantêm na atualidade, como o controle judicial do recolhimento e, principalmente, o estabelecimento de outras formas de cuidado além da internação o que, frise-se, tornou-se definitivo com a excepcionalidade conferida pela Reforma Psiquiátrica.

[156] FOUCAULT, op. cit., p. 29.

[157] Idem, ibidem, p. 36.

[158] Gabriel Anitua assinala a importância do "medo do outro" – o herege como inimigo interno cultivado pelo pensamento criminológico do tipo inquisitivo – para a consolidação das estruturas estatais. Cf. *Histórias dos pensamentos criminológicos.* Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2008, p. 82-83. Jock Young também aborda a funcionalidade do processo de demonização do outro, associando a questão, em especial, ao tema-tabu dos entorpecentes. Cf. *A sociedade excludente*. *Exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente.* Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2003. Trazendo a questão para a nossa margem, Vera Malaguti Batista produziu um estudo sobre os discursos da e sobre a insegurança no Rio de Janeiro no século XIX através da história cultural do medo e seu impacto difusor na vida social e

inaugurando uma cadeia ininterrupta de instituições médico-jurídicas, cujo objetivo é exercer um controle fundado na caracterização de um indivíduo, fazendo com que o sujeito passe a ser considerado pela sociedade no nível de suas virtualidades e não pelos seus atos[159], além de torná-lo objeto de estudo de "especialistas".

Em nosso país, como demarcado, Nina Rodrigues selou o início de um compromisso entre a atuação médica e policial quando defendeu a nomeação dos professores de Medicina Legal como peritos da polícia. Assim, apesar de seu interesse pela mestiçagem e a correlação entre ela e o "comportamento criminoso" terem se destacado nas suas obras, as considerações de Nina Rodrigues atrelavam a saúde pública à garantia da ordem social, porquanto, conjugavam a ideia de prevenção e repressão ao crime à assistência aos alienados, em geral, aqueles cuja degenerescência decorria da mestiçagem, mostrando uma inflexão nos seus interesses de pesquisa nos seus últimos anos de vida da antropologia para a psiquiatria.[160]

1.5 A gestão médica da conflitividade social

Com Foucault aprendemos que a Psiquiatria, como outras áreas do conhecimento, é um saber situado historicamente, motivo pelo qual o discurso médico sobre a constituição da doença mental só é compreendido adequadamente

---

política. Cf. *O medo na cidade do Rio de Janeiro: Dois tempos de uma história*. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

[159] FOUCAULT, *A verdade e as formas jurídicas*, p. 99.

[160] Responsável pelo estudo do crânio de Antonio Conselheiro, o que será lembrado por Euclides da Cunha em *Os Sertões*, Nina Rodrigues se aventurou por campos não desbravados por Lombroso, seu principal mestre, contribuindo para a Psiquiatria, em suas várias subáreas, psiquiatria clínica, social e psicopatologia forense, além de ter estudado a legislação, o planejamento e a administração da assistência psiquiátrica na época. Ao examinar Conselheiro, Nina Rodrigues esperava encontrar anormalidades atávicas de fanatismo, contudo, ele descobriu que o seu crânio era enganadoramente normal, o que evidenciou as limitações da teoria lombrosiana de criminoso nato. Cf. NINA RODRIGUES, Raymundo, *As collectividades anormaes*. Organização e prefácio de Arthur Ramos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939.

se consideramos um determinado momento histórico. Ora, se Mariza Corrêa, examinando a produção de Nina Rodrigues, percebeu que os diversos interesses do médico maranhense convergiam para a garantia da ordem social e a construção da identidade do Estado Nação que exsurgia nas últimas décadas do século XIX, Paulo Amarante[161] propôs que uma intervenção propriamente estatal começou a ser articulada no início do século em razão da chegada da família real ao Brasil[162], o que se desdobraria na formulação de um tratamento específico para o louco e sua ampliação para outros sujeitos considerados perigosos.

Enquanto no Velho Continente as teorias psiquiátricas surgiram a partir de questionamentos acerca da explicação teológica para a loucura[163], alguns teóricos como Roberto Machado e Vera Portocarrero[164] propuseram que a Psiquiatria brasileira rompeu com a mera reprodução do pensamento europeu ao se aproximar da noção de medicina social e da sua ambição de exercer o protagonismo na gestão de conflitos sociais entre os séculos XIX e XX.

Nasceu, portanto, nesse contexto, um tipo específico de medicina[165] que possui como objeto por excelência a sociedade e como missão a construção de uma instância de controle social dos seus indivíduos e populações.[166] Em sintonia com as propostas da Medicina Social, a Psiquiatria brasileira produziria não só um discurso simbólico, mas um saber estratégico e de eficácia real, permeado por uma cientificidade e positividade, remodelando sua prática. Pode-se falar, então, que a

---

[161] AMARANTE, Paulo. *Asilos, alienados e alienistas* in: AMARANTE, Paulo. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 74.

[162] Roberto Machado mostra que a cumplicidade entre a intervenção médica e o poder soberano no Brasil colonial tem raízes na prática médica em Portugal, onde a medicina, integrada à esfera do poder real, possuía caráter explicitamente político. Cf. MACHADO, *Danação da norma*, p. 25.

[163] A lei de 1838 de Marquês de Barthélemy, aprovada pela Assembleia Francesa, ao enunciar que a intervenção psiquiátrica confere vantagens ao doente e ao bem geral, representa um marco histórico para a aliança entre a Psiquiatria e o Estado, pois, em última instância, estabelece a medicalização de um problema social, revelando a natureza política do conhecimento psiquiátrico ao outorgar definitivamente à competência médica o cuidado do doente mental. Cf. SERRA, *A psiquiatria como discurso político*, p. 17.

[164] PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

[165] Cf. SERRA, *A psiquiatria como discurso político*, p. 13.

[166] PORTOCARRERO, op. cit., p. 14.

Psiquiatria brasileira atuou como auxiliar e legitimadora da Medicina Social, fundamentando-a teoricamente por meio do seu olhar pretensamente neutro e instrumentalizando-a mediante a estruturação de estabelecimentos propícios para a propagação de um determinado atuar médico.

Não é por acaso que as práticas negativas de isolamento e os meios morais de cura, ambos baseados na teoria de Esquirol[167], foram substituídos por uma assistência cientificamente fundamentada[168], um modelo que pretendeu, o que era deveras conveniente, tratar de modo homogêneo loucos propriamente ditos, os que poderiam ser tornar loucos, os simplesmente anormais, indivíduos perigosos, mesmo que de modo latente[169], e aqueles que, mesmo conscientes e orientados, eram improdutivos devido a problemas psíquicos[170].

Com a criação do primeiro hospital[171] psiquiátrico brasileiro em 1852, peça-chave da Medicina em nosso país, fica ainda mais nítido o *modus operandi* da Psiquiatria brasileira em ascensão. Pautado na cientificidade de organização espacial e funcional dos seus estabelecimentos e no preparo técnico do corpo de atendimento, o que ocultou seus verdadeiros objetivos, o discurso terapêutico e preventivo iniciou a institucionalização de uma população desviante aos olhos da Medicina Social nascente e a submeteu a um tratamento veladamente moral[172] operacionalizado mediante a combinação isolamento e vigilância, controle do tempo e trabalho como norma terapêutica, entre outras práticas.

---

[167] Portocarrero afirma que as práticas de isolamento não foram absolutamente abandonadas, mas reformuladas a partir da ideia de clinoterapia, tratamento que pressupõe uma vigilância constante e consiste na manutenção do doente no leito, ainda que contra a sua vontade. Cf. PORTOCARRERO, *Arquivos da loucura*, pp. 126, 130.

[168] Idem, ibidem, p. 22.

[169] Considerando essa potencial periculosidade surgem planos de prevenção contra a doença mental e a *criminalidade* por meio de propostas de assistência psiquiátrica aos epiléticos e alcoólatras, da propaganda contra bebidas alcoólicas e a favor da seleção de soldados e imigrantes.

[170] PORTOCARRERO, op. cit., p. 106.

[171] O hospital colonial não proporcionava assistência médica contínua aos enfermos, o que se evidencia no reduzido número de médicos e na assistência prestada efetivamente por religiosos. Cf. MACHADO, *Danação da norma*, p. 59.

[172] O tratamento moral seria o conjunto de técnicas racionais capazes de, atingindo o núcleo da racionalidade anômala, recolocá-la em suas bases naturais, o que Castel chamou de estratégia de tutelarização. Cf. CASTEL, *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo,* cit.

Sob as diretrizes do regime *open-door*[173], a reforma do Hospício Pedro II em 1903 foi outro marco na passagem do saber psiquiátrico entre os séculos XIX e XX[174]. Além de proporcionar uma ilusão de liberdade própria da Psiquiatria da época, a repressão foi cientifizada sob a alcunha de clinoterapia[175], o que conferiu vestes de terapia à disciplina imposta por uma prática psiquiátrica compromissada com a transformação de doentes excitáveis em trabalhadores tranquilos[176]. Nessa esteira, é preciso assinalar, ainda, que além dos aspectos moralizador e disciplinador do trabalho, presentes desde a terapia do século XIX, a Psiquiatria do século XX encarou o trabalho como critério de avaliação do grau da doença mental e de sua recuperação. Ou seja, o trabalho era fator fundamental na distinção entre o indivíduo normal – que produz – do anormal, degenerado – improdutivo[177].

O olhar médico socialmente orientado, porém, não se contentou com tal espaço de atuação. Deixando a nosografia de Pinel e Esquirol e adotando o conceito de anormalidade de Kraepelin, importado por Juliano Moreira[178], a Psiquiatria, saber que faz do sequestro um ato não-arbitrário, elegeu como público-alvo outros sujeitos além do doente mental, tais como, epiléticos[179], criminosos, sifilíticos, alcoólatras[180],

---

[173] É conferido ao estabelecimento psiquiátrico a aparência de um hospital comum – sem grandes, muros – de modo que a ilusão de liberdade" tranquiliza os alienados, o que Vera Portocarrero chamou de regime de *open-door*. Cf. PORTOCARRERO, *Arquivos da loucura*, pp. 9, 120.

[174] A separação entre o Hospício e a Santa Casa da Misericórdia também deu origem a discussões nas Casas Legislativas e na imprensa quanto à legitimidade da estatização de tal instituição, celeuma travada entre autoridades clericais e psiquiatras como Nuno de Andrade e Teixeira Brandão. Cf. MACHADO, *Danação da norma*, p. 485 e seguintes.

[175] Ver nota de rodapé 167.

[176] PORTOCARRERO, op. cit., p. 124.

[177] Na dogmática jurídico-penal, grandes nomes como Nelson Hungria, apontavam o mesmo: "Se a pena está em função de retribuição, a medida de segurança está em função de prevenção. Inteiramente alheia à ideia de castigo, seu programa é curar ou corrigir, é remodelar homens que se revelaram desajustados à vida social, para que possam retomar a esta, tanto quanto possível, não somente como elementos inofensivos, senão também úteis." Cf. HUNGRIA, Nelson. *Comentários ao Código Penal,* volume III, arts. 75 a 101. Rio de Janeiro: Forense, 1978, p. 167

[178] Médico baiano nascido em 1873, Juliano Moreira ocupou de 1903 a 1930 o cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal e aplicou o modelo teórico assistencial alemão proposto por Kraepelin, inaugurando o primeiro manicômio judiciário do Brasil em 1919. Com a Consolidação das Leis Penais, em 1932, a criação dos chamados *manicomios criminaes* se torna obrigatória.

[179] Embora uma proposta de assistência específica a epiléticos não tenha se concretizado, assim como a ideia da criação de um reformatório próprio para alcoólatras, o modelo de assistência desses sujeitos denota o processo de patologização dos degenerados, indivíduos, porém, recuperáveis.

personagens, em certa medida, negligenciados por Nina Rodrigues, que privilegiou uma abordagem racial nas suas pesquisas. Tornou-se imprescindível, então, a expansão do sistema de assistência para instituições como colônias agrícolas, reformatórios, ambulatórios, manicômios judiciários, forças armadas[181], escola, além de penetrar no próprio âmbito familiar, pois se fazia necessário alcançar, como já destacado, não só os loucos propriamente ditos ou os potencialmente loucos, mas todo e qualquer desvio do comportamento normal, todo indivíduo que representava um risco de desordem para a norma social, o que culminou numa verdadeira medicalização da sociedade, objetivo da Medicina Social, a partir do dispositivo[182] da anormalidade[183].

Assim, apesar do constante esforço para afastar a doença mental do fato moral, aproximando-a de uma etiologia de ordem físico-psicológica, a teoria alemã recepcionada por Juliano Moreira incorporou causas psicológicas e essencialmente morais à etiologia orgânica da doença mental[184], o que seria contraditório durante o século XIX, mas assegurou a validade científica do saber sobre a loucura no século XX.[185]

Para Portocarrero, essa transição de um saber psiquiátrico basicamente moral para um saber psicológico preocupado com o fator causal representou uma descontinuidade no saber psiquiátrico com vistas de instituir outras causas de distúrbios, que até então escapariam ao poder disciplinar, além das específicas da doença mental propriamente dita. A Psiquiatria deixaria de ser um discurso científico

---

[180] Todas formas de “doenças sociais”, ou seja, doenças que representam grande risco para a manutenção da ordem social e por isso entravavam o desenvolvimento da nação.

[181] Portocarrero destaca como a prática psiquiátrica era necessária no âmbito das Forças Armadas como maneira de garantir a ordem e a disciplina. Cf. PORTOCARRERO, *Arquivos da loucura*, p. 138.

[182] Assim como a sexualidade, a anormalidade foi uma grande tecnologia de poder do século XIX e promoveu a inserção controlada dos corpos no aparelho de produção, distribuindo os sujeitos num campo de valor e utilidade.

[183] A anormalidade se constituiu como objeto da teoria psiquiátrica por ser compreendida, assim como a doença mental, como uma deficiência, uma regressão do desenvolvimento do homem.

[184] A degenerescência, por exemplo, passa a ser reinterpretada como algo determinado pela predisposição do indivíduo a um processo hereditário, agora compreensível somente no âmbito moral. Como sugere Kraepelin, a predisposição pessoal deve ser analisada de acordo com as condições de vida e tendências especiais do indivíduo. Cf. PORTOCARRERO, *Arquivos da loucura*, p. 56.

[185] PORTOCARRERO, op. cit., p. 38.

sobre a loucura e suas causas e se tornaria o saber médico sobre todo desvio da normalidade – criminalidade, degeneração, doença mental etc – expandindo um estado de menoridade social[186] e voltando-se, naturalmente, ao combate, preventivo e profilático, de problemas sociais decorrentes do comportamento indisciplinável de alguns sujeitos, que não poderiam ser considerados propriamente loucos, nem normais.

Como um conhecedor das causas sociais da doença, o médico se consolidou como agente executor de instruções estatais e auxiliar na manutenção do equilíbrio da sociedade, o que também conferiria destaque ao papel da Higiene, ramo da Medicina Social que produziu conceitos e programas de ação por meio dos quais a sociedade aparece como o novo objeto de suas atribuições e a saúde dos indivíduos e das populações deixa de significar unicamente a luta contra a doença para se tornar o correlato de um modelo médico-político de controle contínuo.[187]

Dessa forma, pode-se concluir que a prática psiquiátrica em construção atribuiu um caráter médico a outras instâncias da sociedade, uma medicalização para além dos asilos e hospícios que deu origem a espaços terapêuticos e preventivos, penetrando cada vez mais na vida de todos os indivíduos que de alguma forma foram inseridos no contexto da Psiquiatria.[188]

Equivoca-se, porém, quem acredita que a descentralização espacial da rede de assistência pulveriza e, por conseguinte, enfraquece o poder psiquiátrico. Na realidade, na medida em que o poder se expande e abarca todos os anormais, ele amplia o campo de atuação da Psiquiatria, além de concentrar nas mãos dos psiquiatras, como defende Nina Rodrigues, o poder de legislar sobre a assistência.[189] Ou seja, não se defende a mera legalização da repressão inerente ao sequestro institucional amparado pelo saber psiquiátrico, mas é perseguida a própria medicalização da legislação. Competiria, ainda, aos médicos, que se convertiam em verdadeiros agentes estatais, não só a defesa da coletividade contra o perigo

---

[186] Idem, ibidem, p. 96.

[187] MACHADO, *Danação da norma*, p. 53.

[188] Idem, ibidem, p. 278.

[189] PORTOCARRERO, op. cit., p. 118.

representado pelo louco, mas também a garantia da defesa do louco contra os abusos passíveis de serem praticados pela coletividade em razão da sua "incapacidade" de auto-gestão no que diz respeito à sua pessoa e bens.[190] No primeiro caso, naturalmente, a atenção concentra-se no louco pobre, que vaga errante pelas ruas, enquanto no segundo caso, volta-se para o louco rico, possuidor de bens a serem administrados.

A difusão da prática psiquiátrica combinada com o sutil exercício de poder presente na crescente rede de assistência e na medicalização da legislação sobre o tema, como salienta Portocarrero, corresponde, em última análise, àquilo que Foucault chamou de anatomia política do corpo e biopolítica da população, porquanto, encontra-se além das disciplinas descritas em *Vigiar e Punir*[191], cristalizando "uma forma de poder sobre a vida centrada no corpo compreendido como espécie – atravessado pela vida, suporte dos processos biológicos, como nascimento, proliferação, mortalidade, nível de saúde, duração da vida, com todas as condições que pode fazê-los variar"[192].

Por meio dos princípios universais da razão, da ciência e do progresso, rompendo com o discurso médico propagado até então no cenário brasileiro, essa medicina surgida a partir do século XIX, com seus novos modos de atuação sobre novos objetos e como um dos suportes normalizadores fundamentais do Estado Nação, procurou estabelecer e justificar não só a sua presença na nossa sociedade, mas um protagonismo na gestão de conflitos sociais na virada do século. Portanto, em última instância, ao Estado foi conferido o poder de sequestrar o desviante, real ou potencial, aliená-lo de seus direitos em nome da defesa coletiva e da liberdade individual, contando, para isso, com a assessoria da Psiquiatria, saber discursivamente neutro, porém, como não poderia deixar de ser, na prática, social e politicamente engajado.

---

[190] MACHADO, *Danação da norma*, p. 487.

[191] FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir. História da violência nas prisões*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

[192] PORTOCARRERO, op. cit., p. 122.

1.6 Primeiras impressões

A superação das teorias teológicas da loucura iniciou a sua incorporação no campo médico e culminou na patologização de comportamentos considerados inexplicáveis, ampliando o espectro de atuação de médicos e fomentando, inicialmente, uma disputa entre inquisidores e alienistas pela tutela dos sujeitos desviantes. A prática psiquiátrica nascente construiu, ainda, um discurso autônomo sobre a enfermidade mental, primeiramente tratada como espécie de mazela no gênero amplo das doenças, o que instrumentalizaria uma atuação política e moralmente orientada com vestes de terapêutica e fundamentaria a segregação de sujeitos indesejáveis a despeito de seu consentimento em estabelecimentos caracterizados por uma miscibilidade institucional.

O afastamento de um olhar teológico sobre e loucura e sua patologização resultaram, outrossim, na busca por uma explicação científica para o fenômeno, seja uma lesão orgânica que justificasse a alienação mental, seja o entendimento de que distúrbios funcionais no sistema nervoso a acarretariam. Reiterando argumentos anatomopatológicos e ultrapassando a doutrina das monomanias, uma perspectiva intelectualista da loucura, a teoria da degeneração de Morel, antropologicamente reformulada por Nina Rodrigues nos trópicos, substituiu a ausência de uma lesão original no sistema nervoso por uma má conformação desse sistema representada na existência dos estigmas físicos da degeneração, o que daria uma base objetiva para a medicina mental e permitiria a sua incorporação pelas ciências positivas. Assim, enquanto na doutrina das monomanias o louco se aproximou do perigo e do crime, na degeneração, o criminoso foi patologizado e medicalizado, pois considerado detentor de uma anomalia moral e de uma disfunção orgânica, sintomas da alienação, o que determinou a incursão da medicina mental no campo do direito penal e acarretou o questionamento de suas premissas básicas.

Todavia, as críticas mais certeiras ao direito penal liberal não partiriam do saber psiquiátrico nascente. A antropologia criminal, disciplina surgida nas últimas décadas do século XIX, verdadeira pedra angular do positivismo criminológico, examinou o crime fora da dicotomia sanidade/insanidade e apontou suas

consequências para a prática penal e penitenciária, tecendo as objeções mais contundentes ao sistema jurídico-penal então vigente. Alinhando o atavismo enunciado pela teoria da degeneração com a concepção de que o comportamento criminoso decorria da variação antropológica da espécie, ou seja, articulando evolucionismo e biodeterminismo, Lombroso concebeu o criminoso nato, personificação da periculosidade, um tipo humano regressivo, cujos estigmas, comuns também no degenerado, indicariam não apenas uma anomalia orgânica, mas uma “ferocidade original” que o impedia de pensar ou agir como um “homem honesto”, de modo que o crime era produto de uma condição desviante que lhe seria característica.

Na América Latina, a recepção das ideias positivistas, entrelaçadas com elementos da teoria da degeneração contou com a aceitação entusiasmada dos grupos hegemônicos das zonas periféricas nos moldes de seus interesses específicos. No caso brasileiro, a releitura das lições de Morel e dos chefes da nova escola criminalista nos estudos raciais de Nina Rodrigues convenientemente legitimou logo após o desmanche do regime escravocrata o tratamento jurídico-penal desigual conferido à população negra e mestiça, objeto da ciência e classe perigosa por excelência, pois invariavelmente degenerada.

Na medida em que doença e crime se confundem, na medida em que o delito e o delinquente são patologizados, na medida em que a loucura é traduzida como violência potencial, perito e juiz trocam de papéis e o discurso do medo e a noção de perigo se fortalecem, fundamentando e promovendo uma cadeia contínua de instituições médico-jurídicas, cuja finalidade é exercer um controle fundado na caracterização de um indivíduo, fazendo com que o sujeito passe a ser considerado pela sociedade no nível de suas virtualidades e não pelos seus atos, além de torná-lo alvo de estudo de especialistas.

Apesar de seu interesse pela mestiçagem e a correlação entre ela e o “comportamento criminoso” terem se destacado nas suas obras, Nina Rodrigues foi responsável pelo início de um compromisso entre a atuação médica e policial ao defender a nomeação dos professores de Medicina Legal como peritos da polícia. Combinando as ideias de prevenção e repressão ao crime à assistência aos alienados, em geral, aqueles cuja degenerescência advinha da mestiçagem, a obra

de Nina revela uma inflexão nos seus interesses de pesquisa da antropologia para a psiquiatria.

Perseguindo uma análise das teorias psiquiátricas e das práticas sociais a elas engendradas, como boa leitora de Foucault, Vera Portocarrero, percebeu uma descontinuidade no discurso psiquiátrico brasileiro na virada do século XIX para o XX a partir da apropriação pelo poder de uma neutralidade científica centrada no dispositivo da anormalidade. Apesar dos esforços para conferir ao tema uma aparente inocência política, a transição de um saber psiquiátrico essencialmente moral para um saber psicológico preocupado com o fator causal, perspectiva naturalmente influenciada por uma noção de medicina social, proporcionou a constituição de uma prática psiquiátrica em sintonia com os anseios da época – a construção de uma identidade nacional, questão fortalecida com a proclamação da República, e o controle dos opositores da ordem social vigente, o que culminou, em última análise, na expansão de uma intervenção médica socialmente comprometida, a serviço, direta ou indiretamente, do Estado para além dos muros dos hospícios e asilos.

2. A CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA

A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão; começo a suspeitar que é um continente.
Machado de Assis[193]

2.1 Uma breve cartografia do inimputável por doença mental e das medidas de segurança

A influência do saber psiquiátrico constituído entre os séculos XIX e XX não se limitou às práticas médicas, mas alcançou nossos diplomas legais. Considerando, contudo, que a presente pesquisa possui como escopo examinar a inimputabilidade por doença mental e a reação punitiva direcionada ao indivíduo com sofrimento psíquico em nosso país na atualidade, desde já destacamos que não será realizada uma análise exaustiva das normas que permeiam o tema, mas daquelas que de alguma forma propagam reminiscências na legislação vigente.

Como desvendaram Batista e Zaffaroni[194], concomitantemente com o direito penal doméstico, as Ordenações Filipinas compuseram o eixo da programação criminalizante no Brasil Colonial, regendo a questão criminal até a promulgação do Código Criminal de 1830, de modo que, por vezes, as normas das ordenações acabaram por colidir com garantias individuais previstas na Constituição de 1824 que, por sua vez, mantivera a escravidão sob a justificativa de resguardar-se "o direito de propriedade em toda a sua plenitude". Analisando tais diplomas legais, porém, não se vislumbra um tratamento jurídico-penal especificamente direcionado aos indivíduos com sofrimento psíquico e tampouco normas acerca da

[193] MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. *O Alienista*. Porto Alegre: L&PM, 2009.

[194] Cf. ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., p. 417 e 423.

imputabilidade penal, razão pela qual elegemos o Código Criminal do Império como ponto de partida para a apreciação do tema.

Enquanto o Código Criminal do Império, em 1830, definia como crime toda ação ou omissão voluntária contra as leis penais[195] e o criminoso como aquele que intencionalmente praticou o mal[196], o Código Penal da República, de 1890, inspirado em Rousseau, Hobbes e Montesquieu, sinalizava de forma mais clara que a responsabilidade do indivíduo decorria do mau uso do seu livre-arbítrio, pois acrescentava que a violação à lei penal deveria ser imputável e culpável. Nessa esteira, ao examinar a "criminologia contratualista", principal fonte do Direito Penal Moderno, Zaffaroni afirmou que "o delito, assim entendido, era o resultado de uma decisão livre [...]. Não era nenhuma ofensa a Deus nem tampouco podia ser considerado como uma enfermidade nem uma desordem".[197]

A despeito das divergências que veremos a seguir, tanto o Código Criminal do Império de 1830, como o Código Penal da República de 1890 não consideravam criminosos os loucos de todo gênero[198] ou portadores de "imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil" e aqueles "em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime"[199], tratando-os como sujeitos "isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental"[200]. Nada obstante, os diplomas mencionados impunham medidas de tratamento de caráter pretensamente humanitário, sob a rubrica de penas.

---

[195] Art. 1º Não haverá crime, ou delicto (palavras synonimas neste Codigo) sem uma Lei anterior, que o qualifique.

[196] Art. 3º Não haverá criminoso, ou delinquente, sem má fé, isto é, sem conhecimento do mal, e intenção de o praticar.

[197] No original em espanhol: "El delito, así entendido, era el resultado de una decisión libre [...]. No era ninguna ofensa a Dios ni tampoco podía considerárselo como una enfermedad ni un desarreglo." Cf. *Criminología – Aproximación desde un margen*, p. 114.

[198] Art. 10. Tambem não se julgarão criminosos: (...) 2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime.

[199]Art. 27. Não são criminosos: (...) § 3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação; § 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime;

[200] Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico.

De acordo com o primeiro ordenamento, os loucos poderiam ser recolhidos em estabelecimentos a eles destinados ou entregues às suas famílias, cabendo a decisão ao juízo criminal[201]. No segundo caso, a lei determinava a entrega dos indivíduos isentos de culpabilidade em razão de afetação mental às suas famílias ou o seu recolhimento em hospitais, caso o estado mental assim exigisse para a manutenção da segurança pública (art. 29). Ao reorganizar a assistência a alienados, o Decreto-lei nº 1.132 de 1903 determinou a reclusão de indivíduos portadores de moléstia mental, congênita ou adquirida, que comprometessem a ordem pública ou a segurança das pessoas, em estabelecimento público ou particular para alienados, ou tratamento domiciliar, se possível.

Percebe-se, portanto, que antes mesmo do advento do Código Penal de 1940, sujeitos isentos de culpabilidade eram submetidos a medidas de cunho pretensamente tratamental, apesar de a segurança ser suscitada como um possível fundamento para o seu recolhimento.

A partir dos Projetos de Código Penal de Galdino Siqueira de 1913 e de Virgílio de Sá Pereira de 1927, a periculosidade é expressamente aventada como fundamento das medidas de tratamento, seja do reincidente perigoso, no primeiro caso, que em razão de sua periculosidade criminal é alvo de pena complementar de cunho claramente profilático, seja do delinquente sem capacidade plena, de imputabilidade restrita, detentor de uma periculosidade social a quem deveria ser imposta uma medida tratamental.

Não foram apenas os Códigos Penais, no entanto, que instituíram medidas tratamentais a indivíduos chamados atualmente de inimputáveis, qualidade também conferida aos toxicômanos.[202]

Com o Decreto nº 20.930 de 1932, teve início não só a criminalização da produção de drogas, mas também a qualificação da “drogadição” como doença de notificação compulsória, sujeitando os usuários de substâncias entorpecentes a internação, obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não, nos termos do

---

[201] Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente

[202] Pode-se falar que toxicômano começou a receber o tratamento legal conferido ao inimputável com a Consolidação das Leis Penais de 1932 e o Decreto-Lei 891 de 1938 e que tal disciplina manteve-se com o art. 10 da Lei nº 5.726/1971, o art. 19 da Lei 6.368/1976 e, ainda em vigor, o art. 45 da Lei nº 11.343/2006

art. 45 do decreto mencionado, proibindo-se, posteriormente, por meio do Decreto-lei nº 891 de 1938, editado durante o Estado Novo, o tratamento domiciliar.

Nota-se que o usuário, dependente ou não, não foi criminalizado, afinal, como destaca Nilo Batista "o viciado atual (já toxicômano ou simples intoxicado habitual) é um doente que precisa de tratamento, e não de punição"[203] vigorando, portanto, para o usuário, o paradigma médico. Por outro turno, a internação obrigatória poderia ter como fundamento a "provada necessidade de tratamento adequado ao enfermo" ou, é importante frisar, "quando for conveniente à ordem pública" (art. 29, parágrafos 1º e 2º do Decreto-lei nº 891 de 1938), o que reforça a utilização da segurança como fundamento de uma medida, em tese, tratamental, uma permanência histórica.

De toda sorte, apenas com a promulgação do Código Penal de 1940 instituiu-se definitivamente a sistematização das medidas de segurança no Brasil, quando se adotou o sistema duplo binário, que colocou a medida de segurança ao lado da pena, porquanto poderia ser imputada aos responsáveis como medida complementar ou aos então "irresponsáveis"[204], presumidamente perigosos, porém, isentos de pena (art. 78, inciso I[205]), como substitutivo à pena.

Não surpreende, portanto, que nesse cenário o Código Penal de 1940, na sua redação original, autorizasse a aplicação de medida de segurança, inclusive, nas hipóteses de crime impossível[206], de impunibilidade do agente[207], na absolvição do agente (art. 79, inciso II[208]) mesmo se ausente a prática de fato previsto como

---

[203] BATISTA, Nilo. *Política criminal com derramamento de sangue*. Revista Discursos Sediciosos, nº 5/6, Rio de Janeiro: Revan, 1998, p. 82.

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

[205] Art. 78. Presumem-se perigosos: I aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;

[206] Art. 14. Não se pune a tentativa quando, por ineficácia absoluta do meio ou por absoluta impropriedade do objeto, é impossível consumar-se o crime (artigo 76, parágrafo único, e 94, n. III).

[207] Art. 27. O ajuste, a determinação ou instigação e o auxílio, salvo disposição expressa em contrário, não são puníveis, se o crime não chega, pelo menos, a ser tentado (art. 76, parágrafo único).

[208] Art**.** 79. A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição.
Parágrafo único. Depois da sentença, a medida de segurança pode ser imposta:
I - durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado;

crime (art. 76, inciso I), caso constatada a periculosidade do indivíduo[209]. Da mesma maneira, o art. 80 permitia a imposição da medida aos ébrios habituais ou toxicômanos, independentemente da prática de um delito, em função de um mero estado de perigo.[210] Assim, apesar de adotar o princípio da jurisdicionalidade, o Código elencava situações taxativas de presunção de periculosidade[211], dispensando a averiguação judicial e tornando inescapável a imposição de uma medida supostamente tratamental pelo juiz criminal, sanção-pena verdadeiramente neutralizadora do indivíduo, justificada por pura proteção social.

Embora propostas no anteprojeto criminal de Nelson Hungria, que deu origem ao Código Penal de 1969, revogado antes da sua vigência, a abolição do sistema duplo binário e a adoção do sistema vicariante apenas se concretizaram na reforma de 1984, quando foi conferida nova redação à parte geral do Código Penal de 1940. Partindo da premissa de que as medidas de segurança não poderiam ser impostas aos imputáveis, a Reforma de 1984, que originalmente objetivava a elaboração de um novo código, estipulou que tais medidas seriam destinadas exclusivamente aos inimputáveis e semi-imputáveis, expurgando a cumulação de pena e medida de segurança.

Além disso, as medidas detentivas e patrimoniais foram substituídas pela internação ou tratamento ambulatorial, a presunção de periculosidade foi banida e a

---

II - enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, a indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso;

[209] Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:
I - a prática de fato previsto como crime;
II - a periculosidade do agente.
Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do n. II.

[210] Art. 80. Durante o processo, o juiz pode submeter as pessoas referidas no art. 78, n. I, e os ébrios habituais ou toxicómanos às medidas de segurança que lhes sejam aplicaveis.
Parágrafo único. O tempo de aplicação provisória é computado no prazo mínimo de duração da medida de segurança.

[211] Art**.** 78. Presumem-se perigosos:
I aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;
II - os referidos no parágrafo único do artigo 22;
III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;
IV - os reincidentes em crime doloso;
V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

prática de um fato típico e antijurídico se tornou pressuposto obrigatório, assim como a periculosidade criminal, dessa vez, verificável apenas casuisticamente, para a aplicação das medidas de segurança.

Por outro lado, lamentavelmente, foi mantido um prazo mínimo, o que compromete o caráter tratamental da medida e ratifica a sua retributividade, tal como a vinculação da espécie de medida, internação ou tratamento ambulatorial, à gravidade do fato, uma vez que os fatos apenados com reclusão necessariamente demandariam a imposição de internação ao autor do fato.[212] Outrossim, a Reforma de 1984 manteve o caráter condicional da desinternação (art. 96, na redação original; atualmente, art. 97, § 3º) e não fixou um limite máximo para a manutenção da medida, perdurando indeterminada[213] - enquanto não cessado o estado de periculosidade do agente - ante a sua finalidade pretensamente terapêutica.

A despeito da promulgação da Lei nº 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, que conferiu excepcionalidade à internação de pessoas portadoras de transtornos mentais, ainda hoje inimputáveis por doença mental são submetidos a medidas de segurança de acordo com a gravidade da conduta perpetrada. O tratamento diferenciado entre os usuários comuns da saúde mental e aqueles que praticaram fatos definidos como crimes é a razão de ser dessa pesquisa.

2.2 Loucos e culpáveis

Na atualidade, para fins metodológicos, o crime é examinado de forma tripartite, desmembrado nos elementos: fato típico, antijurídico ou ilícito e culpável. Nem sempre foi assim. Ao propor uma história interessada do delito e da culpa,

---

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

[213] Os Tribunais Superiores têm estipulado como limite o prazo de 30 anos previsto no art. 75 do Código Penal ou a pena máxima cominada em abstrato para o delito. Cf. STJ, HC 174.342 / RS, Sexta Turma, Relator Ministro Sebastião Reis Júnior, Julgamento em 22/06/2010.

Tangerino destacou que a noção de culpa, além de ter transitado pela tipicidade, nem sempre foi determinante no Direito Penal. A culpa surgiu com a necessidade de excluir do âmbito de responsabilidade dos sujeitos aqueles resultados gerados pelo acaso, uma das modalidades de culpa existentes na tradição romana. Assim, a culpa se constituiu como uma ideia relacionada à responsabilidade e trouxe um duplo viés: torna o sujeito responsável pela sua ação e, consequentemente, pelos resultados dela advindos.[214] Pode-se falar, portanto, que o conceito de culpa está inevitavelmente ligado ao sujeito culpável. Logo, antes de olharmos para o dicotômico tratamento conferido aos indivíduos com sofrimento psíquico, se infrator de uma norma penal ou não, problematizamos a questão: o louco é culpável?

Não acreditamos que a crítica ao direito penal só pode ser feita a partir de suas ferramentas, ignorando que toda norma tem uma finalidade em consonância com o contexto social em que ela está inserida. Além disso, não houve grande produção dogmática sobre o assunto em nosso país, em sua maioria, os juristas da época, ou simplesmente citaram os textos dos nossos diplomas legais, ou reproduziram as lições do Velho Continente de maneira pobre e fragmentada[215], de modo que essa parte da pesquisa não será uma enumeração de posicionamentos sobre o tema. Apesar disso, é importante relatar como o tratamento conferido ao portador de doença mental foi delineado pelo nosso ordenamento jurídico.

Embora nossos códigos penais, num primeiro momento, tenham afastado a responsabilidade[216] criminal dos sujeitos com sofrimento psíquico[217], eles apresentavam diversas justificativas e ditaram diferentes consequências jurídicas quando um indivíduo portador de doença mental cometia um fato definido como crime.

---

[214] TANGERINO, *Culpabilidade*, cit.

[215] ALVAREZ, *Bacharéis, Criminologistas e Juristas: saber jurídico e nova escola penal no Brasil*, p. 220.

[216] As noções de responsabilidade e imputabilidade seriam empregadas de forma diversa, embora correspondentes, enquanto responsabilidade se relaciona com o sujeito, a imputabilidade se refere sobretudo ao ato criminoso. Cf. PEIXOTO, Afrânio. *Criminologia*. 2. ed.. Rio de Janeiro: Guanabara, 1933.

[217] Não há uma hipótese análoga à semi-imputabilidade, existindo uma enfermidade capaz de perturbar os sentidos, no ato do cometimento do crime, há a irresponsabilidade penal completa.

Da leitura do Código Criminal de 1830, extrai-se que os loucos não eram considerados criminosos, como expressamente dispunha o seu artigo 10[218], encontrando-se reunidos, no entanto, com outras classes de irresponsáveis: os menores de catorze anos, aqueles que cometeram crimes movidos por força ou medo irresistíveis e, finalmente, aqueles que cometeram crimes casualmente, sem intenção, quando praticavam um ato lícito. De plano, percebe-se que o referido artigo reuniu sob a mesma rubrica hipóteses de ausência de *imputatio juris* e *imputatio facti*, um erro de método, como observou Tobias Barreto[219], o que não consubstancia, porém, seu principal equívoco.

Como pontuou o mencionado jurista, ao se concentrar nas ideias de conhecimento do mal e intenção de o praticar na definição de criminoso[220], o legislador da época ignorou que intenção não pressupõe liberdade de escolha entre caminhos diferentes, não exclui a hipótese de ausência de livre arbítrio.[221] Ademais, se a condição de criminoso depende da ideia de que o sujeito se encontra no exercício regular de suas funções, possuindo (i) consciência de si mesmo; (ii) consciência do mundo externo; (iii) consciência do dever[222]; e (iv) consciência dos direitos, uma perturbação passageira[223] ou duradoura do espírito macula necessariamente apenas as duas primeiras formas da consciência ou da normalidade mental, não as demais. Portanto, ao enfatizar a intenção do agente

---

[218] Art. 10. Tambem não se julgarão criminosos:
1º Os menores de quatorze annos.
2º Os loucos de todo o genero, salvo se tiverem lucidos intervallos, e nelles commetterem o crime.
3º Os que commetterem crimes violentados por força, ou por medo irresistiveis.
4º Os que commetterem crimes casualmente no exercicio, ou pratica de qualquer acto licito, feito com a tenção ordinaria.

[219] BARRETO, Tobias. *Menores e Loucos em Direito Criminal.* Campinas: Editora Romana, 2003, p. 45.

[220] Art. 3º Não haverá criminoso, ou delinquente, sem má fé, isto é, sem conhecimento do mal, e intenção de o praticar.

[221] Idem, ibidem, p. 37.

[222] Ao fazer comentários sobre a inimputabilidade decorrente da menoridade, Tobias Barreto defendeu, ainda, que a consciência da lei nunca se encontra nas mulheres no mesmo grau em que se encontra nos homens e que as leis não consideravam o desenvolvimento e a formação do caráter feminino. BARRETO, *Menores e Loucos em Direito Criminal,* p. 68-70.

[223] Batista e Zaffaroni questionam se os “lúcidos intervalos” citados no art. 10 proviriam dos “furiosos e lunáticos” do projeto Mello Freire, ensaio de código criminal encomendado pela rainha Maria I. Cf. ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., pp. 433-434.

como condição de imputabilidade e utilizar uma expressão genérica, louco de todo gênero, no rol de sujeitos não-criminosos, o legislador ignora a existência de fenômenos que mitigam a capacidade de agir livremente.

Apesar de Tobias Barreto ter se mostrado um profundo crítico do Código Criminal do Império, percebendo os limites da responsabilidade penal clássica[224] ao mesmo tempo em que não defendia as concepções de Lombroso, o jurista sergipano ainda acreditava no Direito Penal como instrumento normalizador, na esteira das propostas da criminologia, sem que isso significasse o abandono das noções de imputabilidade da escola clássica e positiva. Para ele, se o delito, como fato natural, submete-se a outras leis que não as da liberdade, isto não significa que o direito deve deixar de se interpor como meio de corrigir a natureza, pois *o direito penal é uma arte de mudar o rumo das índoles e o curso dos caracteres que a educação não pôde amoldar (...) no sentido de adaptar o homem à sociedade, de reformar o homem pelo homem mesmo, que é afinal o alvo de toda política humana*[225].

Com o primeiro código penal da República, a situação ganha novas vestes. A despeito de repisar que o crime é uma ação ou omissão contrária às leis penais[226], o legislador aduz que o crime é uma violação imputável e culpável[227], ressaltando que sujeitos incapazes de imputação por imbecilidade nativa e enfraquecimento senil[228] ou aqueles que tem sua liberdade de volição comprometida[229] são isentos de culpabilidade[230]. Importante sublinhar, nesse ponto, que o Código Penal de 1890

---

[224] Barreto defendeu o estabelecimento critérios diferenciados de responsabilização de certos indivíduos como loucos, mulheres e menores. Cf. BARRETO, *Menores e Loucos em Direito Criminal,* p. 74.

[225] Idem, ibidem, p. 75.

[226] Art. 2º A violação da lei penal consiste em acção ou omissão; constitue crime ou contravenção.

[227] Art. 7º Crime é a violação imputavel e culposa da lei penal.

[228] Art. 27. Não são criminosos: § 3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação.

[229] Art. 27, § 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime.

[230] Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico.

também cita a intenção criminosa como determinante para a responsabilização criminal[231], sendo cabíveis, portanto, as mesmas críticas enumeradas por Tobias Barreto. Além disso, como no seu predecessor, situações diversas situavam-se na mesma rubrica, agrupando-se ao lado das hipóteses de inimputabilidade já mencionadas os casos de violência física irresistível, os "surdos-mudos não educados" e a completa privação[232] de sentidos e da inteligência[233].

Embora o governo republicano tenha convidado o mesmo jurista que o governo imperial convidara para a reforma do mesmo código, o que indica que pouco mudaria, como alertam Batista e Zaffaroni[234], nota-se que o novo sistema penal substituiu o discurso sobre inferioridade jurídica do escravismo pela inferioridade biológica, assim, se a primeira inferioridade estava sedimentada precipuamente numa decisão de poder, a segunda precisava ser demonstrada cientificamente[235]. Não por acaso, como visto na parte inicial dessa pesquisa, tal mudança é contemporânea à constituição da medicina social: não só o indivíduo seria diagnosticado, mas o próprio espaço, transformando o médico em verdadeiro planejador urbano[236], idealizador de práticas neutralizadoras de sujeitos considerados inferiores a fim de garantir a manutenção do *status quo.*

Não parece coincidência, outrossim, que a expressão "loucos de todo gênero" do Código Criminal de 1830 tenha sido substituída por "afecção mental". Ao contar a história da psiquiatria em nosso país, em particular, da constituição da Liga

---

[231] Art. 24. As acções ou omissões contrarias á lei penal que não forem commettidas com intenção criminosa, ou não resultarem de negligencia, imprudencia, ou impericia, não serão passiveis de pena.

[232] O vocábulo foi substituído por *perturbação* pelo decreto nº 4.780. Batista e Zaffaroni apontam, ainda, que tal hipótese foi importada do código bávaro. Cf. ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., p. 450.

[233] § 4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime;
§ 5º Os que forem impellidos a commetter o crime por violencia physica irresistivel, ou ameaças acompanhadas de perigo actual;
§ 6º Os que commetterem o crime casualmente, no exercicio ou pratica de qualquer acto licito, feito com attenção ordinaria;
§ 7º Os surdos-mudos de nascimento, que não tiverem recebido educação nem instrucção, salvo provando-se que obraram com discernimento.

[234] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., p. 445.

[235] Idem, ibidem, p. 443.

[236] MACHADO, *Danação da Norma*, p. 155.

Brasileira de Higiene Mental, Jurandir Freire Costa identificou que as regras de conduta determinadas por um saber religioso se transformaram em regras de higiene mental.[237] Assim, ultrapassando os muros dos hospitais, a intervenção higienista começou a se ocupar de incapazes, mendigos, criminosos, dos anormais de todo gênero, "invadindo a subjetividade pelos caminhos da degenerescência e da higiene mental"[238]. A psiquiatra "não mais acompanha a loucura, antecipa-a"[239]. O saber psiquiátrico, que se torna verdadeiro exercício do poder, passa a influenciar cada vez mais decisões judiciais, decidindo diretamente os casos relacionados aos inimputáveis por doença mental, além de conquistar repartições médico-policiais que mais tarde dariam lugar ao manicômio judiciário[240]. É preciso ressaltar, contudo, que a criminalização de vários alvos sociais – imigrantes indesejáveis[241], anarquistas, prostitutas, desordeiros, capoeiras, toxicômanos[242], "mendigos válidos"[243] etc – muitas vezes equiparados aos inimputáveis, foi promovida por leis extravagantes ou por leis que alterariam o texto original do código[244], o que resultaria na fatídica Consolidação das Leis Penais, o Decreto 22.213 de 1932. Apesar de Juliano Moreira ter inaugurado o primeiro manicômio judiciário em 1919,

---

[237] COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*, 5. ed., Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

[238] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., p. 444.

[239] COSTA, op. cit.,p. 30.

[240] CORRÊA, *As ilusões da liberdade*, p. 128. CARRARA, *Crime e Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. cit.

[241] Decretos proibiam o ingresso de imigrantes "doentes, mendigos, vagabundos, suspeitos, aleijados, cegos" e cominavam penas aos imigrantes expulsos que regressassem. Cf. Decretos 1.565, 1.641,2.741 e 4.247.

[242] Com Decreto nº 20.930 de 1932, a drogadição se torna doença de notificação compulsória, sujeitando os usuários de substâncias entorpecentes a internação, situação análoga a dos inimputáveis por doença mental.

[243] Diversos decretos dispuseram sobre a pena de prisão correcional imputada a tais sujeitos. Cf. ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., p. 452.

[244] Batista e Zaffaroni relatam o rápido processo de promulgação do Código Penal de 1890, o que costuma ser mencionado pelos seus críticos. Cf. ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., p. 446.

com a Consolidação das Leis Penais, a criação dos chamados *manicomios criminaes* se torna obrigatória.[245]

Nascido durante um regime ditatorial, o Código Penal de 1940, baseado no projeto de Alcântara Machado e lapidado por Nelson Hungria e Roberto Lyra, não só não foi um código de partido, como retrata um direito punitivo democrático e liberal, embora na sua exposição de motivos assuma uma tentativa de conciliação entre postulados clássicos e princípios do positivismo criminológico[246]. Apesar de retirar capítulos sobre menoridade penal e classificação de criminosos do projeto original, a comissão revisora manteve providências claramente positivistas como a presunção de periculosidade[247] e a importação das medidas de segurança, sob o regime do duplo binário, invenção europeia que será tratada no próximo tópico.

Nessa esteira, oportuno assinalar que, muito embora não desconhecesse a vastidão do conjunto de circunstâncias que permeiam o delito, entre elas, as questões sociais, a Escola Positivista, cujas lições ganharam notoriedade durante a confecção do Código Penal de 1940, se concentrou nas presumidas causas antropológicas individuais, de maneira que a descrição do "delinquente" se tornou a explicação de seu crime e de sua tendência à *criminalidade*.[248] Esse pensamento tautológico, porém, foi desenvolvido ao longo do século XIX pelos positivistas italianos Lombroso, Ferri e Garófalo[249], empenhados no projeto de construção de

---

[245] MATTOS, Virgílio. *Trem de doido: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas.* Belo Horizonte: UMA Editora, 1999, p. 111.

[246] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. op. cit., p. 464.

[247] Art. 78. Presumem-se perigosos:
I aqueles que, nos termos do art. 22, são isentos de pena;
II - os referidos no parágrafo único do artigo 22;
III - os condenados por crime cometido em estado de embriaguez pelo álcool ou substância de efeitos análogos, se habitual a embriaguez;
IV - os reincidentes em crime doloso;
V - os condenados por crime que hajam cometido como filiados a associação, bando ou quadrilha de malfeitores.

[248] Segundo ANITUA, ignorar os problemas políticos, econômicos e sociais que tangenciam a questão criminal foi o maior equívoco do positivismo criminológico. Cf. Histórias dos pensamentos criminológicos, p. 302.

[249] É preciso destacar, ainda, as vertentes francesa (escola sociológica) e alemã (escola social) do positivismo, cujos principais expoentes são respectivamente Gabriel Tarde e Von Liszt.

uma ciência causal-explicativa da *criminalidade*[250] a partir do método indutivo, ideologia inspirada no medo das revoluções liberais, como pontuou Anitua.[251]

A partir do positivismo criminológico se introduziu a noção de periculosidade[252], maior atributo do louco, na teoria penal, fazendo com que o indivíduo passasse a ser valorado pela sociedade no nível de suas virtualidades e não pelos seus atos, o que produziria ícones poderosos como a diferenciação entre imputabilidade e inimputabilidade e a necessidade de segregação por meio da "defesa social".

Na redação original do Código Penal de 1940 ainda não se falava em imputabilidade, mas em responsabilidade[253], questão que será retomada na última parte da pesquisa, encontrando-se isento de pena o "agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o carater criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento"[254]. Em contrapartida, tal sujeito foi alocado no rol de presumidamente perigosos, razão pela qual, no caso de cometimento de algum fato definido como crime, a ele se imporia uma medida de segurança.

A despeito de o positivismo italiano ter inaugurado a teoria da periculosidade ainda no século XIX, apenas em 1910, poucas décadas antes da promulgação do código de 1940, discutiu-se se determinados sujeitos, em razão do seu estado mental, de seus hábitos de vida ou de sua vida criminosa, deveriam ser considerados como em estado de perigo[255]. Nesse contexto, não surpreende que no mesmo rol dos irresponsáveis por doença mental estivessem os reincidentes em crimes dolosos, os condenados por crimes cometidos em estado de embriaguez e

---

[250] Mariza Corrêa afirma que apesar do nome pelo qual ficou conhecida, a antropologia criminal italiana não se interessava apenas pelo estudo dos criminosos, seu objetivo era mais amplo: a compreensão das desigualdades sociais. Cf. *As ilusões da liberdade,* p. 89-90.

[251] ANITUA, op. cit., p. 297.

[252] Cuja configuração inicial é a temibilidade, definida como a perversidade constante e ativa do delinquente.

[253] Cf. Título III do código.

[254] Cf. artigo 22 do código.

[255] BRUNO, Aníbal. *Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança*. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1977, p. 13.

os integrantes de associações, bandos ou quadrilha de malfeitores. Tais indivíduos refletiam a definição geral da periculosidade: a capacidade de uma pessoa tornar-se, com probabilidade, autora de um delito”[256], uma fórmula individual integrada pela “personalidade biológico-social do homem em seus aspectos unitário e totalitário, com os seus atributos herdados e adquiridos, permanentes e transitórios, como se exprimem ou podem exprimir-se no seu comportamento perante os estímulos da vida”[257].

A periculosidade fundamentava a imposição de medida de segurança, inclusive, nas hipóteses de crime impossível[258], de impunibilidade do agente[259], na absolvição do agente (art. 79, inciso II[260]) mesmo se ausente a prática de fato previsto como crime (art. 76, inciso I), caso constatada a periculosidade do indivíduo[261]. Da mesma maneira, como já destacado, tal diploma legal previa a cominação de medida aos ébrios habituais ou toxicômanos, independentemente da prática de um delito, em função de um mero estado de perigo.[262]

Há, nas últimas hipóteses, a chamada periculosidade sem delito, espécie de periculosidade social, o que não justifica a intervenção jurídico-penal, seja sob um prisma dogmático, seja por um viés criminológico. Nesses casos, não há sequer um

---

[256] Idem, ibidem, p. 20.

[257] Idem, ibidem, p. 21.

[258] Art. 14. Não se pune a tentativa quando, por ineficácia absoluta do meio ou por absoluta impropriedade do objeto, é impossível consumar-se o crime (artigo 76, parágrafo único, e 94, n. III).

[259] Art. 27. O ajuste, a determinação ou instigação e o auxílio, salvo disposição expressa em contrário, não são puníveis, se o crime não chega, pelo menos, a ser tentado (art. 76, parágrafo único).

[260] Art**.** 79. A medida de segurança é imposta na sentença de condenação ou de absolvição.
Parágrafo único. Depois da sentença, a medida de segurança pode ser imposta:
I - durante a execução da pena ou durante o tempo em que a ela se furte o condenado;
II - enquanto não decorrido tempo equivalente ao da duração mínima da medida de segurança, a indivíduo que, embora absolvido, a lei presume perigoso;

[261] Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:
I - a prática de fato previsto como crime;
II - a periculosidade do agente.
Parágrafo único. A medida de segurança é também aplicável nos casos dos arts. 14 e 27, se ocorre a condição do n. II.

[262] Art. 80. Durante o processo, o juiz pode submeter as pessoas referidas no art. 78, n. I, e os ébrios habituais ou toxicómanos às medidas de segurança que lhes sejam aplicaveis.
Parágrafo único. O tempo de aplicação provisória é computado no prazo mínimo de duração da medida de segurança.

juízo de probabilidade no qual se funda a periculosidade criminal, mas simples "possibilidade de delinquir", servindo a intervenção como pretensa profilaxia da periculosidade, uma medida verdadeiramente reguladora de modos de vida.

Apesar de alguns autores terem afirmado que a verificação do ânimo perigoso dependia de uma perícia biopsicológica[263], os indivíduos considerados no limiar da criminalidade, aqueles cujo comportamento revelaria a antissociabilidade de suas tendências ou o desemparo em que se encontram, mendigos, sujeitos ociosos em geral, ébrios e toxicômanos habituais, crianças e adolescentes abandonados e doentes mentais, são ainda hoje esses os sujeitos que compõem o resíduo social corriqueiramente alcançado pelas garras do poder punitivo.

Com o anteprojeto de Nelson Hungria, aprovado durante o regime militar e com vigência postergada até a sua revogação em 1978, surgiu na nossa legislação penal a noção de imputabilidade, atributo jurídico de indivíduos com determinados níveis de desenvolvimento biológico e de normalidade psíquica necessários para entender a natureza proibida de certas ações e orientar o comportamento conforme essa compreensão[264].

Com a Reforma de 1984, o conceito de irresponsabilidade é sucedido definitivamente pela imputabilidade[265] e o sistema duplo binário substituído pelo vicariante, eliminando a cumulação de pena e medida de segurança. Importante consignar, outrossim, que a exclusão da presunção de periculosidade consubstancia um avanço, uma vez que a prática de um fato típico e antijurídico se torna um pressuposto obrigatório, assim como a questionável periculosidade criminal, dessa vez, verificável casuisticamente, para a imposição de medidas de segurança.

---

[263] BRUNO, *Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança*, p. 52.

[264] Art. 31. Não é imputável quem, no momento da ação ou da omissão, não possui a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acôrdo com êsse entendimento, em virtude de doença mental ou de desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

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

No seu artigo 45, a Lei 11.343/06[266], fazendo um paralelo com o disposto no parágrafo primeiro do art. 28 do Código Penal[267], que trata da embriaguez completa por caso fortuito ou força maior pelo álcool ou substâncias análogas, considera o efeito fortuito ou de força maior da droga sobre o aparelho psíquico, bem como a dependência química situações patológicas agudas ou crônicas excludentes da imputabilidade penal. A inimputabilidade penal relacionada ao uso de drogas, no entanto, não é uma proposta recente. A Lei 5.726 de 1971 previa a internação para tratamento psiquiátrico dos usuários cujo vício pusesse fundamentar uma situação de inimputabilidade, uma medida de recuperação fundada num modelo biopsicológico. Com a Lei 6.368 de 1976, manteve-se a hipótese de inimputabilidade, contudo, o tratamento dos chamados drogaditos foi aprimorado, prevendo-se a alternativa da assistência ambulatorial, em regime extra-hospitalar, medida que mais se aproxima das diretrizes da luta antimanicomial.

O afastamento da imputabilidade, abstraindo-se a hipótese da menoridade penal, pressupõe, portanto, dois momentos: primeiro, identifica-se a patologia constitucional ou adquirida do aparelho psíquico ou de outro estado patológico, como o produzido pelo álcool ou pelas drogas e, então, verifica-se a influência de tais condições sobre as funções de representação e de vontade do aparelho psíquico do indivíduo.

Na hipótese de inimputabilidade proveniente de doença mental ou desenvolvimento incompleto ou retardado, assim como na decorrente do uso de substâncias psicoativas, a culpabilidade é excluída e o agente isento de pena em razão da incapacidade de compreender o injusto do fato ou de agir conforme essa compreensão. Ou seja, *a contrario sensu*, pode-se afirmar que fundamentalmente a culpabilidade do agente se alicerça na liberdade de agir de outro modo no momento do fato, tese indemonstrável, como alerta Cirino dos Santos[268]. Por sua vez, ao

---

[266] É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

[267] Art. 28 § **1º** - É isento de pena o agente que, por embriaguez completa, proveniente de caso fortuito ou força maior, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

[268] CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *Direito Penal: Parte Geral*. Curitiba: ICPC/Lumen Juris, 2012, p. 278.

perscrutar quais são os mecanismos mentais que levam uma pessoa a intimamente legitimar, ou não, regras, princípios e valores morais, Tangerino conclui que o ser humano racional, iluminista e capaz de sempre deduzir o caráter jurídico ou antijurídico do seu atuar, valendo-se da razão como instrumento revelador da moralidade, se existe, é excepcional[269].

Por outro lado, se não é possível, considerando que não adotamos um modelo de justiça casuístico, enumerar todas as hipóteses de afetação da imputabilidade, nem prescindir da noção de liberdade de agir como parâmetro para a imputação e tampouco abstrair a necessidade de um tratamento jurídico diverso ao sujeito com sofrimento psíquico, há de se estabelecer um princípio geral que se estenda a todos os casos. Assim, carecendo o sujeito da chamada *libertas consilii*, a intenção de praticar uma ação conhecida como ilegal não justifica a sua imputação. Mostram-se falhas, como outrora alertou Tobias Barrteto, as ideias de conhecimento do mal e intencionalidade elencadas, até então, como condições de imputabilidade. Padecendo o sujeito de liberdade de agir, irrelevante seu conhecimento acerca do caráter ilícito da sua conduta, não há que se falar sequer em ação penalmente relevante.

Encontra-se em sintonia com tal crítica o postulado de Hegel de que apenas as ações livres podem ser antijurídicas[270], que precede os conceitos causal e finalista da ação. Mais tarde Jakobs sugeriria um conceito de ação pautado na evitabilidade que apesar de não explicar os delitos omissivos próprios, por exemplo, possui o mérito de apontar que todo conceito de ação prévio à culpabilidade é provisório, pois apenas com o reconhecimento da culpabilidade do agente há uma ação para o direito penal.[271]

Necessário apontar outro problema na manutenção da loucura no âmbito da imputabilidade, pressuposto da culpabilidade: a automática exclusão da análise das demais facetas da culpabilidade. A conduta do sujeito com sofrimento psíquico não é examinada da mesma forma que a de um indivíduo culpável, não é considerado se

---

[269] TANGERINO, op. cit., p. 111-138.

[270] ZAFFARONI, E. Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito Penal Brasileiro II, i.* Rio de Janeiro: Revan, 2010, p. 82.

[271] Idem, ibidem, p. 97.

ele efetivamente poderia se comportar de outra forma (exigibilidade de comportamento diverso), se potencialmente conhecia a natureza ilícita do fato ou se estava sob coação moral irresistível, por exemplo. Sendo inimputável por doença mental, o sujeito automaticamente é envolvido pelas tramas do poder punitivo. Em contrapartida, de tal elucubração depreende-se que o indivíduo com sofrimento psíquico que poderia atuar de outra forma deve ser considerado culpável e a execução da pena deve atender suas particularidades, mas não submetido a medidas de segurança. Enquanto isso, um sujeito enfermo que não poderia agir de outra maneira, tal qual um não-enfermo também não poderia, deve ser simplesmente tido como não-culpável.

Considerando, finalmente, que a imputabilidade é um conceito jurídico e construído para estabelecer a vinculação subjetiva entre as pessoas e os atos delitivos, não tem sentido se referir a ela como uma condição natural ou social. No entanto, não é essa a maneira habitual de contemplar a questão, uma vez etiquetado como inimputável, o indivíduo é considerado perigoso e será alvo de um tratamento jurídico-penal específico.

É preciso, portanto, reformular a noção de imputabilidade, dando-lhe um sentido político-criminal. Se a ciência penal, acertadamente, aponta que há sujeitos que podem e que não podem ser responsabilizados por seus atos, a imputabilidade pode ser definida como a capacidade de compreender o significado do processo penal[272]. Assim, apesar de outros campos do conhecimento fortalecerem as críticas ao tratamento conferido aos sujeitos com sofrimento psíquico, a imputabilidade como conceito jurídico construído para instaurar um liame entre as pessoas e os atos delitivos, não deve se basear em noções puramente filosóficas, psiquiátricas, em suma, pré-jurídicas.

[272] QUINTERO OLIVARES, Gonzalo. *Locos y culpables*. Pamplona: Aranzadi Editorial, p. 160.

2.3 A reação punitiva

Diversos são os discursos legitimantes do poder punitivo, diversas são as funções manifestas atribuídas à pena, pode-se afirmar, contudo, que todas as construções possuem um ponto em comum: a função geral de defesa social, uma racionalização comum tanto ao saber penal da etapa fundacional liberal como ao positivismo criminológico. Além disso, todos os discursos justificam o confisco do conflito pelo Estado e, por conseguinte, a exclusão da vítima do modelo punitivo, seja ao defender os direitos da sociedade, entendida de forma organicista ou contratualista, seja por falar de segurança jurídica, uma versão mais limitada da concepção legitimante.[273]

Malgrado todos os discursos pretendam, em última análise, ocultar os papéis reais da pena, uma das funções oficiais é particularmente importante para a presente pesquisa: a prevenção especial positiva. Pautadas num modelo moral próprio do correcionalismo ou num discurso médico-policial oriundo do positivismo criminológico, as ideologias ***re*** – ressocialização, reeducação, reinserção social, repersonalização, reindividualização e reincorporação – noções que dominaram o sentido da pena na segunda fase da modernidade penal, germinando no início do século XX e florescendo até o final da década de 1970[274], são facilmente desconstruídas pelas ciências sociais. De fato, quer sob o olhar da criminologia, quer numa análise da psicologia social, a pretensão de "melhorar o indivíduo", além de representar uma ofensa ao primeiro princípio do liberalismo - "o direito de cada um ser e permanecer ele mesmo"[275], não se coaduna com a assunção de papéis conflitivos impostos por uma instituição tão degradante como a prisão.

---

[273] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. *Direito Penal Brasileiro I*, p. 114-116.

[274] CARVALHO, Salo de. *Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro*. São Paulo: Editora Saraiva, 2013, p. 75.

[275] FERRAJOLI apud CARVALHO, Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro, p.87.

Como Clemmer[276] e Goffman[277] demonstraram, a prisão, estabelecimento que compartilha das características das instituições totais ou de sequestro, é inexoravelmente deteriorante, pois submete o indivíduo a uma série de rebaixamentos, degradações e "profanações do eu" e exige a internalização de uma cultura institucional, provocando o enfraquecimento das concepções identitárias anteriores ao aprisionamento.

Sob a perspectiva da teoria materialista da pena, cujo escopo é desvelar as funções reais da privação da liberdade, compreende-se que a criminalização secundária, ou seja, a atuação do sistema de justiça criminal constituído pela polícia, justiça e prisão (aplicação e execução de penas criminais) garante a existência e a reprodução da realidade social desigual das sociedades contemporâneas[278] por meio da estigmatização seletiva dos indivíduos excluídos das relações de produção e de poder político da formação social. Ademais, numa perspectiva da Criminologia Clínica, como aponta Sá[279], é possível afirmar que a intervenção das instâncias oficiais gera, na maioria dos casos, uma concretização da identidade desviante e o ingresso do condenado em uma verdadeira e própria carreira criminosa.

Nada obstante, o inconsistente discurso atrelado às ilusões ***re***, pois, incompatível não só com a estrutura prisional, mas com a sua dinâmica disciplinar-repressora, permanece hígido sob o argumento de que a sua negação acarretaria um retribucionismo irracional, o que legitimaria a conversão dos cárceres em campos de concentração, como se já não o fossem.

Melhor proposta não é direcionada aos indivíduos com sofrimento psíquico que cometeram injustos penais, principais vítimas do discurso paternalista clínico próprio de um estado de polícia. A periculosidade social de tais sujeitos é utilizada como fundamento para a imposição de medidas, ao invés de penas, para além do delito, simulacro de tratamento pautado numa lógica eminentemente *carcerocêntrica,* em claro confronto não só com o espírito da Reforma Psiquiátrica,

---

[276] CLEMMER, Donald. *The prison community*. New York: Rinehart & Company, 1958

[277] GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2010.

[278] CIRINO DOS SANTOS; *Direito Penal: Parte Geral*, p. 07.

[279] SÁ, Alvino Augusto de. *Criminologia Clínica e Execução Penal*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2011, p. 233.

mas em desconformidade com a própria dogmática jurídico-penal. Após um breve histórico das medidas de segurança, a resposta punitiva por excelência na hipótese de cometimento de um fato definido como crime por um sujeito com sofrimento psíquico, tais questões serão examinadas.

Tanto o Código Criminal do Império (1830), como o Código Penal da República (1890) estabeleceram medidas de tratamento de caráter humanitário, embora denominadas como penas, aos loucos, nomenclatura utilizada pela legislação da época, que cometiam ilícitos. De acordo com o primeiro ordenamento, os loucos poderiam ser recolhidos em estabelecimentos a eles destinados ou entregues às suas famílias, cabendo a decisão ao juízo criminal (art. 12[280]). No Código Penal de 1890, a lei determinava a entrega dos indivíduos isentos de culpabilidade em razão de afetação mental às suas famílias ou o seu recolhimento em hospitais, caso o estado mental assim exigisse para a manutenção da segurança pública (art. 29[281]).

Se o Código Penal de 1890 impunha uma disciplina pretensamente liberal, tal como seu antecessor, determinando a entrega dos inimputáveis às suas famílias, ou seu recolhimento em hospitais de alienados, caso comprometessem a segurança do público, com o Decreto 1.132 de 1903, que reorganizou a assistência a alienados, manicômios judiciários[282] foram criados para conter os alienados delinquentes[283], indivíduos portadores de moléstia mental, congênita ou adquirida, que atentassem contra a ordem pública ou a segurança das pessoas, em estabelecimento público ou particular para alienados, ou tratamento domiciliar, se possível. Inexistia, ainda, preocupação com a duração do isolamento, a defesa social e a segurança pública eram ícones poderosos e justificavam a segregação via internação.

---

[280] Art. 12. Os loucos que tiverem commettido crimes, serão recolhidos ás casas para elles destinadas, ou entregues ás suas familias, como ao Juiz parecer mais conveniente

[281] Art. 29. Os individuos isentos de culpabilidade em resultado de affecção mental serão entregues a suas familias, ou recolhidos a hospitaes de alineados, si o seu estado mental assim exigir para segurança do publico.

[282] Ver nota de rodapé 155.

[283] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. *Direito Penal Brasileiro I*, p. 453.

Assim, como já destacado, percebe-se que antes mesmo do advento do Código Penal de 1940, apesar de prevalecer o discurso tratamental, a segurança já era suscitada como um possível fundamento para o recolhimento de indivíduos perigosos, entre os quais encontravam-se os inimputáveis por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado dos nossos tempos.

Com a promulgação do Código Penal de 1940 instituiu-se definitivamente a sistematização das medidas de segurança no Brasil, quando se adotou o sistema duplo binário, que colocou a medida de segurança ao lado da pena, porquanto poderia ser imputada aos responsáveis como medida complementar ou aos "irresponsáveis" como substitutivo à pena.

Antes mesmo da nova redação conferida à parte geral do Código Penal de 1940, a abolição do sistema duplo binário e a adoção do sistema vicariante, que expurga a cumulação de pena e medida de segurança, foram propostas no anteprojeto criminal de Nelson Hungria, que deu origem ao Código Penal de 1969, revogado antes mesmo da sua vigência.

Considerando que as medidas de segurança não poderiam ser impostas aos imputáveis, a Reforma de 1984, que originalmente objetivava a elaboração de um novo código, estipulou que tais medidas seriam destinadas exclusivamente aos inimputáveis e semi-imputáveis. Por outro lado, se medidas detentivas e patrimoniais foram substituídas pela internação ou tratamento ambulatorial, foi mantido um prazo mínimo, enquanto não estipulado um prazo máximo, e a natureza condicional da desinternação (enquanto não cessado o estado de periculosidade), o que não condiz com o caráter tratamental da medida e evidencia a sua retributividade[284]. No mesmo sentido, revelando o caráter sancionador das medidas de segurança, encontra-se a vinculação da sua espécie, internação ou tratamento ambulatorial, à gravidade do fato, uma vez que os fatos apenados com reclusão necessariamente demandariam a imposição de internação ao autor do fato (art. 97[285]).

---

[284] CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana. *A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da reforma psiquiátrica no sistema de responsabilização penal*. Revista de Estudos Criminais n. 48, 2013.

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

Se alguns institutos oriundos do pensamento correcional não resistiram incólumes à Reforma de 1984, algumas premissas encontram-se enraizadas na execução penal até os dias de hoje, consolidando processualmente uma ideologia própria de um direito penal do autor. Nota-se, por exemplo, a manutenção de um modelo penalógico aparentemente híbrido em diversos momentos: avaliações de personalidade do réu na dosimetria da pena, limitações a direitos derivados da reincidência (periculosidade criminal), classificação dos condenados segundo características pessoais (art. 5º, LEP), prognósticos clínicos para a concessão de benefícios (livramento condicional, progressão de regime), enfim, a aplicação e a execução da pena, não só das medidas de segurança, orientada por uma noção profilática, como adverte Carvalho[286].

2.4 A incompatibilidade com a dogmática jurídico-penal

Enquanto, no pensamento liberal, o delito consistia numa infração ou lesão jurídica e, consequentemente, a resposta punitiva pautava-se na responsabilidade individual, no discurso do positivismo criminológico e do correcionalismo, ele é o sintoma de uma inferioridade biológica, psicológica ou moral, de modo que o desvalor e a reprovação não se esgota no ato e na sua lesão, mas atinge o autor do fato, já que a essência do delito residiria numa característica do indivíduo.

Seja para aqueles que assumem que a inferioridade decorre da natureza moral, seja para os que apontam um estado de perigo relacionado a fatores biológicos ou psicológicos, o criminalizado, um ser inferior e perigoso, a quem se nega a própria condição de pessoa, demanda reparo, o que inaugura um sentido profilático na intervenção penal, ou, em último caso, a sua neutralização, quando as ideologias ***re*** fracassam ou são descartadas.[287]

---

[286] CARVALHO, Salo de. *Pena e Garantias*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003, p. 136.

[287] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR. *Direito Penal Brasileiro I*, p. 127.

Pode-se afirmar, portanto, que, no âmbito da teoria do crime, o advento das teorias da emenda ou correcionalistas proporciona a fragmentariedade da resposta punitiva por meio de dois fundamentos distintos: a culpabilidade e a periculosidade.

Se os culpabilistas, aqueles que postulam um direito penal de culpabilidade, do ato ou do autor, defendem um ponto de vista retributivista, porquanto as penas seriam respostas ao uso que o ser humano faz de sua autodeterminação, os perigosistas, substituindo as penas por medidas ou sanções, reduzem a resposta estatal a uma coerção direta administrativa que buscaria neutralizar, positiva ou negativamente, a determinação do indivíduo para o delito, ou seja, a sua periculosidade[288], sua potência delitiva.

Ou seja, se a dogmática penal clássica considerava como responsável e digno de retribuição o sujeito que, apesar de deter a capacidade de reconhecer os efeitos da sua conduta, opta livremente pelo ilícito, pela prática de um mal injusto, muito embora questionável, senão, indemonstrável o fundamento ontológico da culpabilidade, o livre arbítrio[289], com a construção do sujeito qualificado como perigoso, não responsável, justamente por não possuir condições de direcionar a sua vontade e, consequentemente, atuar de acordo com as expectativas jurídicas, detentor de uma potência delitiva, substitui-se a pena por uma medida que possui como objetivo, em tese, tratá-lo – diagnosticar e sanar suas carências orgânicas ou morais – malgrado sua inconteste natureza aflitiva, principalmente, no que tange à medida de internação. Nesse contexto, encontra-se a medida de segurança, uma resposta estatal oficialmente de cunho tratamental inserida, contudo, no âmbito criminal. Uma pena desprovida de garantias.

Apesar de a racionalidade penal atrelar a sanção à noção de transgressão ao ordenamento, à ideia de desconformidade entre a vontade individual e a vontade coletiva, as medidas de segurança, fundadas essencialmente na periculosidade do sujeito, teriam um condão terapêutico, o que certamente não se adequa aos objetivos e meios da pena.

---

[288] Idem, ibidem, p. 136.

[289] Davi Tangerino pontuou que a Psicologia Moral demonstra que sujeitos moralmente autônomos são excepcionais. Cf. *Culpabilidade*, p. 121.

Importante consignar, ainda, que a despeito da popularização da ideia de periculosidade, núcleo desse modelo ontologicamente repressivo e parâmetro de incidência do sistema penal no sujeito com sofrimento psíquico, sua definição não está clara, pois extremamente aberta, sem sentido objetivo e carente de qualquer possibilidade empírica de demonstração e, sobretudo, refutação.[290] Além disso, o conceito representa nada além de um juízo futuro e incerto sobre condutas de impossível determinação probabilística – a prática de um novo delito – possuindo como base um exame questionável de suas condições morais ou biopsicológicas e vida pregressa.

Logo, numa tentativa de combinar pensamentos penais incompatíveis que em última instância permitem a imposição de pena mesmo sem delito, já que o homem passa a ser encarado não só como um sujeito que produziu um mal atribuível a sua autodeterminação, mas também um ente perigoso causador de um mal que precisa ser transformado ou neutralizado, os sistemas pluralistas como o duplo binário e vicariante consagraram a arbitrariedade punitiva, pois fragmentam a resposta punitiva, pautando-a em conceitos conflitantes, a culpabilidade e a periculosidade.

O sentido supostamente preventivo-tratamental da resposta penal viabiliza ainda desjudicialização do sistema, principalmente, da execução penal, permeando-a por uma pretensa cientificidade e neutralidade, o que reforça o paradigma extremamente estigmatizante próprio do pensamento positivista. Ademais, uma decisão judicial projetiva, que estabelece uma sanção não só em razão da ação passada, mas tendo em vista também uma ação futura não se coaduna com o pensamento garantista, pois compromete a estrita legalidade e a estrita jurisdicionalidade, como bem delineou Ferrajoli[291].

Além de tal previsão relativizar o princípio da legalidade, como alertam Zaffaroni e Batista[292], ela revela uma ampliação do poder das agências executivas que viola todos os princípios constitucionais limitadores da criminalização, pois

---

[290] CARVALHO, *Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro*, p. 83.

[291] FERRAJOLI *apud* CARVALHO, op. cit., p. 137.

[292] ZAFFARONI; BATISTA; ALAGIA; SLOKAR; *Direito Penal Brasileiro I*, p. 138.

permite selecionar portadores de estereótipos, sem outra condição além de suas próprias características pessoais.

Necessário reiterar, outrossim, que a imposição de medidas a pessoas incapazes de culpabilidade, particularmente quando se trata de uma internação, implica numa privação de liberdade em total desproporcionalidade com a magnitude da lesão jurídica causada, porquanto fundada, primordialmente, na caracterização do agente, pessoa com sofrimento psíquico, já que o Código Penal no parágrafo primeiro do art. 97 prevê a sua manutenção enquanto perdurar a periculosidade do sujeito, ou seja, podendo, em tese, ser aplicada por prazo indeterminado, pois inviável predizer a reação do paciente à medida curativa ou o percurso temporal da sua reabilitação. Hungria, lamentavelmente, defendia a indeterminação da medida, não excluindo a hipótese de durar toda a vida do indivíduo, isso porque *a medida de segurança não é reação de justiça, mas ação preventiva de defesa social contra novos crimes*[293].

Mesmo considerando as atuais limitações estabelecidas nos julgados do STF e STJ, respectivamente, o prazo de 30 anos previsto no art. 75 do Código Penal e a pena máxima cominada em abstrato para o delito[294], persiste a desrazoabilidade da medida pretensamente tratamental e protecionista, pois, além de se pautar na periculosidade do indivíduo, não na lesão ou ameaça de lesão causada pela sua conduta, desconsidera os direitos materiais e garantias processuais asseguradas aos imputáveis como, por exemplo, a incidência das causas de exclusão da tipicidade, da ilicitude e da punibilidade, na seara material, e a aplicação de institutos despenalizadores, no âmbito processual, como alertam Mattos[295] e de Queiroz[296].

Retomando uma análise sobre o viés da teoria da pena, há de se destacar que a incapacidade legitimante das teorias puras sobre as funções da pena originou

---

[293] HUNGRIA, Nelson. *Comentários ao Código Penal,* volume III, arts. 75 a 101. Rio de Janeiro: Forense, 1978, p. 167

[294] STJ**,** HC 174.342 / RS, Sexta Turma, Relator Ministro Sebastião Reis Júnior, Julgamento em 22/06/2010.

[295] MATTOS, Virgílio de. *Crime e psiquiatria. Uma saída: Preliminares para a desconstrução das medidas de segurança.* Rio de Janeiro: Revan, 2006.

[296] QUEIROZ, Paulo. *Direito Penal: parte geral*. 7. ed.. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. *Apud* CARVALHO/WEIGERT; op. cit., p. 75.

uma série de tentativas de legitimação que neutralizariam a insuficiência de algumas de suas teses com elementos de outras teorias, podendo-se afirmar que praticamente inexiste, contemporaneamente, qualquer teoria em estado puro.

Por isso, conferem-se à pena de privação de liberdade as funções simbólicas preventivas e retributiva[297], as primeiras, centradas na intimidação pela cominação da pena em abstrato[298] (prevenção geral negativa), na ressocialização[299] daqueles que já violaram a lei (prevenção especial positiva), na neutralização[300] do infrator (prevenção especial negativa) e na reafirmação da validade das normas (prevenção geral positiva), a segunda, concernente à sujeição do autor do delito a um mal justo proporcional ao mal injusto por ele causado, ou seja, a compensação da culpabilidade, característica do direito penal clássico.

Se as ideologias ***re*** – ressocialização, reeducação, reinserção social, repersonalização, reindividualização e reincorporação – reitere-se, facilmente desconstruídas pelas ciências sociais, permeiam o discurso manifesto da pena, é possível asseverar que a pretensão correcional do sujeito criminalizado se fortalece, por óbvio, em face do inimputável, seja em razão de uma doença mental ou do desenvolvimento incompleto ou retardado, seja decorrente do uso de substâncias psicoativas.

A despeito das formais distinções entre a pena e a medida de segurança, contudo, ambas são medidas coercitivas impostas pelo Estado em função do cometimento de um tipo de injusto em nome de um sistema que visa, em verdade,

---

[297] A crítica jurídica do discurso retributivo da pena possui dois alicerces: (a) o Direito Penal não tem como objetivo realizar vinganças, mas proteger bens jurídicos; e (b) a retribuição pressupõe um dado indemonstrável – a liberdade de vontade do ser humano. Cf. CIRINO DOS SANTOS; *Direito Penal: Parte Geral*, p. 455-456.

[298] A ideia de dissuadir infratores potenciais teve início no período da chamada Escola clássica, muito embora divergências tenham sido registradas entre seus teóricos, dentre as quais, a concepção preventiva da pena (teorias relativas da prevenção) e a concepção retributiva (teorias absolutas da retribuição).

[299] O ideal ressocializador foi desenvolvido a partir da Escola positivista italiana, que encarava a pena como um meio de corrigir o condenado, habilitando-o para a vida em sociedade, de modo que a pena era indeterminada e possuía fins terapêuticos. Por outro turno, Garófalo, também representante do positivismo criminológico, defendeu a ideia de eliminação do sujeito delinquente, uma forma embrionária de neutralização.

[300] A prevenção especial negativa baseia-se na premissa de que a privação de liberdade dos indivíduos seletivamente criminalizados produz segurança social. Cf. CIRINO DOS SANTOS, op. cit., p. 458.

neutralizar o indivíduo considerado perigoso e gerenciar riscos sociais, de maneira que, em última análise, ambas representam uma resposta punitiva, seja qual for o nome ou a etiqueta com que se apresentam[301], permanecendo hígidas todas as críticas comumente dirigidas aos fins oficiais da pena quando pensamos nas medidas de segurança.

2.5 A grande internação não teve fim

Se os modelos retributivistas e de prevenção geral voltam-se ao passado ou à coação social, o positivismo criminológico inaugura o enfoque no delinquente, o indivíduo anômalo, perigoso e carecedor de livre arbítrio, cuja recuperação dependeria da intervenção do poder punitivo. Assim, embora o indivíduo com sofrimento psíquico, sujeito inimputável, não tenha capacidade de entender o caráter ilícito do fato e/ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, de modo que sua conduta não pode ser valorada como crime, e tampouco, em regra, compreenda o significado do processo penal, ele permanece sob a tutela do direito penal, podendo ser segregado *ad aeternum*[302], ante a infundada fragmentariedade do sistema de responsabilidade criminal.

Ignorando-se, ainda, o caráter aflitivo inerente à resposta punitiva, seja sob o rótulo de pena, seja sob a rubrica de medida, bem como a incompatibilidade entre a atividade terapêutica e a função punitiva, é mantida a ingerência das agências punitivas em nome de um sistema que visa neutralizar o sujeito potencialmente perigoso e administrar riscos sociais mais do concretizar pretensões terapêuticas.

---

[301] FRAGOSO, Heleno Claudio. *Lições de direito penal*. 16. ed.. Rio de Janeiro: Forense, 2003, p. 549.

[302] No livro Trem de doido, Virgílio Mattos conta a história de Febrônio Índio do Brasil, considerado inimputável durante o julgamento dos dois homicídios, porém, segregado por toda a vida num manicômio, nos moldes da própria defesa promovida por seu patrono. Cf. *Trem de doido: o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas.* Belo Horizonte: UMA Editora, 1999, p. 62.

A medicalização e a contenção dos indesejáveis por meio do instituto da medida de segurança desenham uma pena para além do delito, o que, além de afrontar à dogmática penal e às limitações de criminalização estabelecidas na nossa Magna Carta, ao tentar conciliar as ideias de punição e terapia, cria um verdadeiro simulacro de tratamento que não mostra eficiência terapêutica, sua função declarada, e tampouco reduz as taxas de *criminalidade* ou melhoria na segurança, seus velados objetivos.

Como veremos adiante, diante da eliminação as bases da responsabilidade penal do usuário de saúde mental que praticou um tipo de injusto, a periculosidade e a finalidade tratamental, pela Reforma Psiquiátrica, que também conferiu o caráter excepcional à internação psiquiátrica, carece de fundamento o regime diferenciado imposto aos usuários comuns da saúde mental e àqueles que praticaram ilícitos, sendo imprescindível a construção de um modelo de assistência ao sujeito com sofrimento psíquico fora do âmbito do sistema penal[303].

[303] No primeiro código penal republicano previa-se que a isenção da responsabilidade criminal não abrange a responsabilidade civil. Cf. art. 31 do Código Penal de 1890.

3. POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS

Eu tive uma namorada que via errado. O que ela via não era uma garça na beira do rio. O que ela via era um rio na beira de uma garça. Ela despraticava as normas.

Manoel de Barros

3.1 As sementes da luta antimanicomial

Embora a Lei nº 10.216 de 2001 seja conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, diversos modelos contestaram tal saber na contemporaneidade. Joel Birman e Jurandir Freire Costa[304] não só perceberam a mudança de objeto da Psiquiatria, do tratamento da doença mental para a promoção da saúde mental, como apontaram que o papel e a natureza da instituição asilar foram questionados antes mesmo da antipsiquiatria ou das experiências de Franco Basaglia. Paulo Amarante, utilizando a expressão "psiquiatria reformada" mapeou os movimentos reformistas da psiquiatria que antecederam a luta antimanicomial[305], questão abordada nesse tópico.

Segundo Birman e Costa, a crise do saber psiquiátrico pode ser dimensionada em dois grandes períodos, o primeiro marcado por um processo de crítica à estrutura asilar, no qual o manicômio ainda é interpretado como uma instituição de cura, e o segundo, pela extensão da Psiquiatria para o espaço público, quando então o conhecimento médico direciona-se definitivamente à prevenção e

[304] BIRMAN, Joel; COSTA, Jurandir Freire. *Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária*. in: AMARANTE, Paulo. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, pp. 41-72.

[305] AMARANTE, Paulo. *Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed.. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

promoção da saúde mental. Nos dois momentos, apesar das táticas e espaços diversos, a terapêutica das enfermidades é substituída por um processo de adaptação social no qual, em última instância, se promove a saúde mental.

Diante dos danos psicológicos, físicos e sociais causados pela Segunda Guerra, seja em relação aos jovens combatentes, seja advindos das experiências dos campos de concentração, qualquer violência ou desrespeito aos direitos humanos ganhava notoriedade, o que se desdobrou numa especial repulsa à deterioração de um grande contingente humano no espaço asilar. Além disso, o asilo psiquiátrico representava um enorme desperdício de mão de obra, o que era especialmente preocupante num cenário pós-guerra. Nesse contexto, surgiram as Comunidades Terapêuticas, uma tentativa de "tratar grupos de pacientes como se fosse um único organismo psicológico"[306], uma concepção de tratamento desarticulada do hospital, na qual equipe técnica, doentes e sociedade civil executavam as atividades diárias, desmontando a noção segregadora e cronificadora do ambiente hospitalar.

Basaglia, que administrou uma comunidade terapêutica, afirmava que tal estrutura, a despeito de reunir doentes, enfermeiros, médicos em prol da reabilitação dos primeiros, o que era positivo, revelava um "jogo das contradições", pois baseava-se em premissas que tendem à destruição do princípio da autoridade ao mesmo tempo em que se afasta do plano de realidade sobre o qual vive a sociedade atual.[307] Birman, por sua vez, destaca que a proposta de humanização dos asilos trazida pelas comunidades terapêuticas depende da instauração de uma microssociedade em que, "*pela organização coletiva do trabalho e dos grupos de discussão do conjunto das atividades hospitalares, seriam instituídos os internados como os agentes sociais da sua existência asilar*".[308] A loucura, portanto, encontrar-se-ia relacionada à ausência de produtividade, uma vez que apenas com o que Birman chama de "práticas de bem dizer e do bem fazer" os loucos são reconhecidos como sujeitos da razão e da verdade.

---

[306] JONES, Maxwell. A. *A Comunidade Terapêutica*, Petrópolis: Vozes, 1972, p. 23.

[307] BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. 3. ed.. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001, p. 118.

[308] BIRMAN, Joel. *A cidadania tresloucada*. in: BEZERRA Jr, Benilton; AMARANTE, Paulo (org) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 85.

Essa experiência, porém, não atingiu a raiz do problema, pois não foi além do hospital psiquiátrico. Defensores das comunidades terapêuticas não discutiam as causas das enfermidades mentais, nem os fundamentos da terapêutica asilar, mantendo o isolamento como forma de tratamento a despeito da situação degradante desses espaços e das preocupações com a transformação do louco em mão de obra produtiva. Mesmo enfatizando a reabilitação ativa, ao invés da segregação, a democratização e comunalismo, em contraste com a hierarquia e o papel terapêutico especializado do médico, a cultura terapêutica não combatia de maneira eficaz a reclusão como forma padrão de recuperação do louco.

Contemporânea às comunidades terapêuticas, a psiquiatria institucional também perseguiu o resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico, nos moldes do que preceituavam Pinel e Esquirol, para os quais a casa dos alienados era um instrumento de cura nas mãos de um médico hábil que, por sua vez, era o agente terapêutico mais poderoso contra as doenças mentais. Birman, nessa esteira, afirma que há uma retomada do discurso originário do alienismo, uma certa homogeneidade ideológica, apesar não conseguir dialetizar a relação entre o dentro e o fora[309]. Embora alerte que o hospital psiquiátrico se desviou da sua finalidade precípua, tornando-se espaço de violência e repressão, seus idealizadores, Daumezon e Koechlin, baseados no trabalho de Tosquelles, creem na sua reforma, pois acreditam que as próprias instituições possuem características doentias que podem ser tratadas[310].

Assim, a despeito de Pinel, no século XIX, ter registrado contradições entre a prática psiquiátrica implementada pelas grandes instituições de enclausuramento e o projeto terapêutico-assistencial original da medicina mental[311], a crítica ao saber psiquiátrico só consegue repercussão após a Segunda Guerra Mundial, exsurgindo no interior do asilo e tendo como referência os movimentos das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra e nos EUA, e da Psicoterapia Institucional, na França.

---

[309] BIRMAN, A *cidadania tresloucada*, p. 85.

[310] AMARANTE, *Loucos pela vida*, p. 32.

[311] Embora Pinel tenha estruturado uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, fundada, por sua vez, na primeira nosografia, na organização do espaço asilar e na imposição de um tratamento moral, sua obra também “libertaria” os loucos ao encaminhá-los para as mãos dos médicos.

Esse primeiro estágio das reformas psiquiátricas, contudo, deixou de questionar a função social da psiquiatria, do espaço asilar e do corpo técnico, limitando-se a propor medidas administrativas pretensamente democráticas, participativas e coletivas no âmbito asilar.[312]

Subvertendo a função do hospital psiquiátrico e apontando que ele deve tão-somente auxiliar no tratamento, a psiquiatria de setor contestou a psiquiatria asilar, ainda no pós-guerra, tornando-se a política oficial francesa a partir dos anos 60. Essa nova matriz da política psiquiátrica consistiu na transferência do dispositivo de atendimento de doentes mentais para a comunidade, uma forma de terapia *in situ*, o tratamento do paciente dentro do seu próprio meio social, não mais no hospital, que passa a ser uma etapa transitória da sua recuperação[313].

Apesar de a onerosidade da manutenção do doente no espaço asilar ser apontada como motivação dessa nova forma de terapêutica, a ramificação da assistência psiquiátrica para fora do hospital - a implantação de serviços de prevenção e pós-cura - também é custosa. Por isso, Fleming, por exemplo, atribui à inadequação da instituição asilar para responder às novas questões patológicas "engendradas pelas sociedades de capitalismo avançado" e à crise dos valores burgueses e a necessidade de mediação das técnicas *psis* nos problemas sociais como causas da captura desse movimento[314]. Decerto, num período pós-guerra, a assunção de uma política psiquiátrica para além dos muros dos hospitais parecia um eficaz instrumento de gestão das grandes populações, mostrando-se uma forma de controle social e normalização apropriada para lidar com as várias problemáticas mentais presentes nesse cenário.

A psiquiatria de setor, no entanto, encontrou dificuldades, deixando de alcançar os resultados esperados. Além dos custos operacionais decorrentes da pulverização do aparato hospitalar e do corpo técnico por todo o espaço geográfico, ela enfrentou críticas de grupos conservadores que temiam "loucos nas ruas", bem como de setores críticos que percebiam os malefícios da expansão política e ideológica da psiquiatria pelo tecido social.

---

[312] AMARANTE, *Loucos pela Vida*, p. 28.

[313] CASTEL *apud* AMARANTE, *Loucos pela Vida*, p. 35.

[314] FLEMING, Manuela. *Ideologia e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976, p. 56.

Do outro lado do atlântico, a política americana seria marcada pelo enfoque profilático da assistência psiquiátrica. O preventivismo, no entanto, se espalharia pelo mundo ao ser adotado por organizações sanitárias internacionais como a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) e, consequentemente, por diversos países do então denominado Terceiro Mundo. Como uma comunhão entre a psiquiatria do setor e a socioterapia inglesa, instituiu-se a psiquiatria preventiva ou comunitária. Percebendo-se como representantes de uma terceira revolução psiquiátrica, seus defensores, ao descobrir a causa das doenças mentais, almejavam garantir a saúde mental. Nesse contexto, portanto, a psiquiatria conquistava definitivamente um novo território: a promoção da saúde mental.

Sob a crença de que todas as doenças mentais poderiam ser detectadas e prevenidas, a identificação de sujeitos potencialmente doentes se tornou o grande objetivo do atuar psiquiátrico. Nessa esteira, providências como a distribuição de questionários à população foram implementadas, a fim de mapear guetos, hábitos, vícios, enfim, quaisquer indícios de comportamentos desregrados que poderiam tornar os indivíduos mais suscetíveis a enfermidades. Uma vez detectados, os suspeitos seriam submetidos ao tratamento psiquiátrico.

Para Jurandir Freire da Costa, entretanto, a absorção de conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista pela psiquiatria, redefinindo o indivíduo como uma unidade biopsicossocial[315], além de modificar as bases de sua prática, provoca uma contradição teórica. Se a sociologia acredita na prevenção, pois identifica diferenças entre sintomas e etiologia e percebe o conflito social como causa e o comportamento desadaptado como consequência, podendo, assim, ser instalada uma ação preventiva, para o behaviorismo, não existe diferença entre sintoma e etiologia, a doença mental existe, e só existe, quando o comportamento desadaptado aparece, não há uma relação de causa-efeito entre os conceitos. Dessa forma, agir terapeuticamente, numa perspectiva behaviorista, não significa prevenir, mas curar. Conclui, então: *Como, então, conciliar a proposição sociológica de prevenção com as explicações teóricas do behaviorismo, se todas as duas estão contidas na mesma noção de unidade biopsicossocial? A resposta é simples: a*

[315] COSTA, *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*, p. 25.

psiquiatria preventiva não se preocupa em resolver a contradição, faz como se ela não existisse[316]*.*

A despeito da contradição teórica provocada pela tentativa de harmonizar conceitos e modelos como desvio e adaptação-desadaptação, transportados das ciências sociais, com a abordagem behaviorista das doenças, a intervenção preventiva no meio social, criticada pela expansão política e ideológica da psiquiatria, preparou terreno para modelos assistenciais e propostas de desinstitucionalização. Aliás, é no contexto do preventivismo americano, que a expressão desinstitucionalização nasceu, nomeando o conjunto de medidas de desospitalização[317]. Considerando que a hospitalização produz um processo de dependência do paciente à instituição, desfazendo seus laços familiares, sociais e culturais, levando-o à cronificação, formas de reduzir o ingresso ou permanência de pacientes em hospitais psiquiátricos foram idealizadas. Nesse contexto, em consonância com a reforma preventivista, foram incrementadas as ofertas de serviços extra-hospitalares, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, toda uma gama de serviços alternativos à hospitalização e de medidas redutoras da internação. Paralelamente, iniciou-se um processo de despsiquiatrização – delimitação do espectro psiquiátrico – com o objetivo de remover a atuação do psiquiatra do âmago da terapêutica, dando espaço a outros especialistas ou modalidades assistenciais como os profissionais do serviço social, enfermagem, psicologia, entre outros.

Nada obstante, os programas de massificação de medidas preventivas, comunitárias e pedagógicas em saúde mental, ao captar novos contingentes de clientes para a terapêutica, não acarreta a transferência dos egressos asilares para serviços intermediários, apenas aumenta a demanda ambulatorial e extra-hospitalar, revelando-se um projeto de medicalização da ordem social e de expansão dos preceitos médicos-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais.[318] Essa passagem do modelo asilar para o preventivismo contemporâneo é chamada de *aggiornamento* por Castel, que denuncia um processo de atualização do

[316] Idem, ibidem, p; 31.

[317] AMARANTE, *Loucos pela Vida*, p. 40.

[318] Idem, ibidem, p. 41.

dispositivo de controle e disciplinamento social por meio da implementação de mecanismos de normalização de segmentos sociais marginalizados sob a justificativa da "promoção da sanidade mental".[319]

Se, por um lado, o preventivismo norteava as diretrizes das organizações sanitárias internacionais e era acolhido por alguns países, em meio aos movimentos da contracultura, ainda na década de 60, um grupo de psiquiatras propôs o que chamamos de antipsiquiatria. Diante da inadaptação do saber e práticas psiquiátricas no trato da loucura, médicos como Ronald Laing e David Cooper, partindo de premissas e interesses diversos, elaboraram uma veemente crítica ao saber médico-psiquiátrico ao concluir que a esquizofrenia[320] não poderia ser considerada uma doença de acordo com os parâmetros científicos.

Apesar de a antipsiquiatria, de uma forma geral, agregar importantes contribuições prático-teóricas para do conceito de desinstitucionalização como desconstrução, os mencionados psiquiatras não se debruçaram sobre os mesmos assuntos. Enquanto Laing[321] incorporou as críticas oriundas das ciências sociais sobre as normas sociais e perseguiu o que ele chamou de uma desalienação universal, Cooper[322] percebeu a realidade humana pela técnica de interação-afetiva entre observador e observado, focando na micropolítica, ou seja, nas relações pessoais, familiares, do corpo e psiquê.

Em última instância, contudo, podemos afirmar que os defensores da antipsiquiatria romperam com o saber psiquiátrico moderno, pois, ao examinar a doença mental no quadro epistemológico, apontaram, por exemplo, que causas diversas são atribuídas a esta suposta entidade diagnóstica: anormalidade bioquímica, infecção por vírus, defeito estrutural do cérebro, origem constitucional genética, causação psicológica etc. Ante a controvérsia sobre a própria existência

---

[319] CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo.* 2. ed.. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

[320] Na década de setenta, Thomas Szasz, já mencionado nesse trabalho, após receber o convite para falar sobre o tema na 72ª Reunião Anual da Sociedade Japonesa de Psiquiatria e Neurologia, publicou o livro *Esquizofrenia: o símbolo sagrado da Psiquiatria*, no qual afirmava que o culto a tal doença se tornou a marca da ortodoxia psiquiátrica, motivo pelo qual necessária a abolição do conceito de esquizofrenia tal qual conhecemos.

[321] LAING, Ronald David. *Sobre loucos e sãos*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

[322] COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

desse tipo de enfermidade, diagnosticada por meio da observação de sintomas, inaugurar-se-ia uma análise sobre a validade da exclusão social do sujeito e o papel da psiquiatria nesse processo, o que culminaria na destituição do valor do saber médico na explicação e tratamento das doenças mentais e na ruptura com o modelo assistencial em vigor. Nesse cenário, Szasz apontou que o objetivo precípuo dos tratamentos psiquiátricos – desde a utilização fármacos, eletrochoques até cirurgias e contenção ou métodos que prescindem do consentimento do paciente em geral – é atribuir ao sujeito a qualidade de "paciente", ao médico, de "psiquiatra" e à intervenção, de"cura". Tal estratégia, alerta Szasz, requer o sacrifício do paciente como pessoa, do psiquiatra como pensador crítico e agente moral e do sistema enquanto protetor dos cidadãos contra os abusos do poder estatal[323].

A partir de uma crítica da nosografia, a antipsiquiatria denunciou a cronificação inerente à instituição asilar, mesmo para aquele que procura voluntariamente o tratamento psiquiátrico, e sugeriu a análise do 'discurso' como método terapêutico, uma vez que entende a loucura como um fato social e político com o qual se deve lidar considerando a experiência individual e comportamental de cada um. Do confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a psiquiatria de setor francesa, também no Velho Continente, nasceria a tradição basagliana, principal fonte de inspiração da desconstrução manicomial e dos paradigmas psiquiátricos insurgentes em nosso país.

Com o objetivo de promover a humanização do manicômio Gorizia[324], Basaglia implementou o modelo de comunidade terapêutica idealizado por Maxwell Jones, o que, contudo, preservou um dos elementos constituintes do dispositivo psiquiátrico: a relação terapêutica médico/paciente, lugar de definição das relações de objeto e saber/prática[325]. Basaglia percebeu, então, que a gestão comunitária, embora pretendesse humanizar o manicômio, não questionava as relações de tutela e custódia, nem o fundamento da periculosidade social, mantendo a loucura como objeto de intervenção e visibilidade exclusiva. A experiência inicial no manicômio de

---

[323] SZASZ, Thomas. *¿A quien sirve la psiquiatria?* In: BASAGLIA, Franco (org.) *Los Crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión.* Siglo XXI, 1987, p.309.

[324] A história de Gorizia foi relatada no livro *A Instituição negada.*

[325] AMARANTE, *Loucos pela Vida*, p. 47.

Gorizia revelou, ainda, que as instituições psiquiátricas estão assentadas no tratamento dado à diferença e aos diferentes por meio da atribuição de uma identidade a determinados sujeitos que têm, então, a complexidade de suas existências resumidas e confinadas em *instituições de violência*[326].

Com a superação do modelo inglês, Basaglia passou a centralizar suas práticas na relação entre o louco e a comunidade, o que certamente lembra a psiquiatria de setor francesa. Basaglia, contudo, foi além. Conferindo concretude histórico-social à saúde e à doença, Basaglia afastou o olhar positivista ao mesmo tempo em que voltou seu olhar para a realidade política de sujeitos sociais, promovendo uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica até então vigentes. Ao articular um processo de desmontagem e substituição do aparato manicomial por novos espaços e, principalmente, maneiras de lidar com a loucura, Basaglia suplantou o mero projeto de desospitalização, desenvolvendo uma verdadeira proposta de desinstitucionalização, ressignificando a instituição como local de promoção de práticas e construção de saberes que se relacionam com fenômenos sociais e históricos.

Entre a construção de centros de saúde mental pela cidade, grupos-apartamento e cooperativas de trabalho, a proposta de Basaglia proporcionaria cuidado cercado por possibilidades de produção artística, intelectual e prestações de serviços aos ex-internos do hospital, garantindo a sua sociabilidade e subjetividade dentro de um círculo de atenção. A perspectiva de Basaglia desafiava também a cultura dos técnicos, sujeitos aprisionados numa lógica e num saber que não promove uma análise histórica aprofundada, a quem se delega o poder sobre o curso da vida de outrem. Como apontou Amarante, o projeto de transformação institucional de Basaglia desmonta e desconstrói as soluções até então dadas para compreender os problemas, rompendo tanto com a psiquiatria tradicional, o dispositivo[327] da alienação, como com a nova psiquiatria, a promoção da saúde mental.

Basaglia afirmava ainda que o discurso anti-institucional e antipsiquiátrico deveria se transformar em crítica e ação política, transcendendo o terreno específico

[326] BASAGLIA, *A instituição negada*, p. 49.

[327] Nomenclatura utilizada por Vera Portocarrero na tese de doutorado "*Dispositivo da saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*" defendida no IFCS-UFRJ em 1990.

do espaço manicomial e alcançando as estruturas sociais que o sustentam. Nesse contexto, foi fundado o movimento Psiquiatria Democrática Italiana, em 1973, um movimento político constituído com o objetivo de traçar as bases sociais para a viabilização da reforma psiquiátrica nos moldes basaglianos em todo o território nacional. Com a repercussão das experiências de Basaglia em Gorizia e Trieste e a atuação do Partido Radical, em 1978, foi aprovada a Lei Basaglia, que, entre outras medidas, revogaria o internamento compulsório.

Também em nosso país, no final dos anos 70, surgiram as principais entidades, movimentos e militâncias envolvidas com a formulação das políticas de saúde mental. Ora, nada mais natural que nos últimos anos do regime militar autocrático, um período marcado pela crescente insatisfação popular, movimentos sociais de oposição não só à ditadura militar, mas de demanda por serviços e melhorias das condições de vida, despontassem. Nesse cenário, foram constituídos o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e o movimento de Renovação Médica (Reme) com a finalidade de discutir as políticas de saúde e as práticas das categorias dos profissionais de saúde. Consolidada a participação política de tais entidades, emergiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MSTM)[328], formado em grande parte por membros do Cebes e do Reme. Considerado um marco no pensamento crítico ao saber psiquiátrico, o MTSM nasceu com pautas heterogêneas, partindo de um pleito de regularização da situação de bolsistas que atuavam como médicos, psicólogos, enfermeiros em nosocômios públicos até efetivamente desenvolver uma crítica ao autoritarismo das instituições e denunciar os limites da atividade terapêutica. É o início da construção da base política das reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil.

Apesar de intuírem que a abordagem psiquiátrica servia como prática de controle e reprodução de desigualdades sociais, apenas com o I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978, quando grandes nomes da Rede de Alternativas à Psiquiatria, da Antipsiquiatria e do movimento Psiquiatria Democrática Italiana, como Basaglia, Castel e Goffman, estiveram no Brasil, a crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos se tornou grande mote do movimento, ofuscando as reivindicações de cunho puramente corporativo.

---

[328] Amarante alerta que o movimento não é uma organização unitária, homogênea, sendo mais correto falar em movimentos, apesar do ponto comum: a política de não institucionalização. Cf. AMARANTE, op. cit., p. 107.

Nos anos seguintes, a fragilidade do suporte teórico da assistência psiquiátrica ficou mais evidente e discussões sobre o tema foram enriquecidas pelos debates sobre a realidade assistencial e os planos de reformulação propostos pelo governo e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Assim, embora tópicos clássicos das conferências psiquiátricas ainda fossem propostos nos congressos e encontros regionais, os problemas sociais relacionados à doença mental, a política nacional de saúde mental, as alternativas ao modelo hospitalar, as consequências nefastas da privatização da medicina e a defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos angariavam importância dia após dia. Com a constituição de uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional, reclamada por grupos de defensores dos direitos humanos, não só tiveram início a apuração de distorções na assistência psiquiátrica, com denúncias e investigações sobre violência e negligência ocorridas dentro do sistema de saúde, seja na esfera pública, seja na privada, como também foi desencadeado um processo de revisão da legislação penal e civil pertinente ao doente mental[329].

Se, até então, a política da Previdência Social priorizava a compra e serviços dos hospitais privados, sob a justificativa de prestar uma melhor assistência à população, o que acabou por produzir um excesso de atos de assistência médica, inclusive, no campo da saúde mental, no início dos anos 80, surgiria uma nova modalidade de convênio denominado cogestão[330]. Esse novo modelo de gerenciamento de hospitais públicos reorientou as políticas de saúde e contou com a participação de setores críticos da saúde mental, como profissionais vinculados ao MTSM, que decidiram ocupar estrategicamente órgãos estatais para promover uma mudança “por dentro”. Temos o segundo momento da reforma psiquiátrica: a incorporação de militantes pelo aparelho estatal.

Como relata Amarante, embora três unidades tenham servido como paradigma na implantação da cogestão, o Hospital Pinel, o Centro Psiquiátrico Pedro II e a Colônia Juliano Moreira, no decorrer do processo, a vocação determinada pela tradição assistencial de cada um deles marcou seu porvir. A despeito de todos se tornarem centros de referência como polos de emergência em

[329] AMARANTE, op. cit., p. 56.

[330] Idem, ibidem, p. 65.

saúde mental e focarem no que ele chama de ambulatorização[331], Pinel, por exemplo, orientou-se supostamente pelo modelo de psiquiatria comunitária americana, uma mudança eminentemente técnica. Por sua vez, o Centro Psiquiátrico Pedro II privilegiou a capacitação de equipes multiprofissionais que ofereceriam uma pronta intervenção, diagnóstico e tratamento. A Colônia Juliano Moreira, por fim, detentora de pacientes de longa permanência, priorizou a ressocialização dos internos, além de perseguir um atendimento territorial na assistência em saúde mental. Com a necessidade de superar a hospitalização como recurso terapêutico, inaugurou-se na Colônia Juliano Moreira o Hospital Jurandir Manfredini, autodefinido como o primeiro serviço verdadeiramente "alternativo" de assistência psiquiátrica, onde mirou-se no atendimento de emergência e internações de curta duração.

Os marcos conceituais do pensamento crítico, como o questionamento da cientificidade e neutralidade das ciências, a medicina como aparelho ideológico e a determinação social das doenças, cediam cada vez mais espaço a uma preocupação com a administração e planejamento da saúde, sob a crença de que uma atuação normativa solucionaria os problemas da assistência psiquiátrica. Nessa esteira, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)[332] estabeleceu diretrizes gerais para a reformulação da assistência, entre as quais, a descentralização executiva, financeira e regionalização e hierarquização de serviços e fortalecimento do Estado, especificamente no plano da assistência psiquiátrica, elegendo o ambulatório como elemento central do atendimento e conferindo ao hospital um papel secundário. Uma vez que o a administração dos nosocômios públicos revelou-se viável, os proprietários de hospitais psiquiátricos privados, que recebiam recursos da Previdência Social para prestar serviços, instigaram críticas ao modelo de cogestão, uma oposição que seria denunciada não só como manipuladora de dados, mas que deliberadamente desconsiderava que os hospitais públicos eram menos dispendiosos e efetivamente promoviam pesquisas sobre o tema.

---

[331] Idem, ibidem, p. 63.

[332] Amarante aponta que o plano do CONASP e seu desdobramento nas Ações Integradas de Saúde (1985) prepararam terreno para a confecção do Sistema Único de Saúde. Cf. AMARANTE, *Loucos pela vida*, p. 91.

Enquanto isso, a ocupação de cargos em órgãos estatais por membros do MTSM dividia opiniões, pois, ao mesmo tempo que representava uma faceta tecnicista do ativismo que não operaria mudanças estruturais, era uma forma de promover modificações na base das instituições a partir da luta interna dos trabalhadores. Por isso, concomitantemente, alguns membros do MTSM atuavam de forma sindical, exercendo um papel de vigilância dos primeiros e pleiteando melhores condições de trabalho e assistência aos pacientes. Isoladamente, portanto, nenhuma das práticas se mostrava suficiente. Não basta ingressar nas tramas do Estado e adotar uma postura reformista, não basta, por outro lado, ignorar os meandros das instituições psiquiátricas e pregar uma visão sociologizante da loucura, abstraindo que mecanismos de controle social ultrapassaram os muros das instituições totais. É preciso pulverizar forças nas duas frentes.

Com o avançar dos anos 80, várias conferências sobre políticas públicas de saúde foram realizadas, contando com a participação de técnicos, num primeiro momento, e mais tarde com setores da sociedade civil, como associações de pacientes, ex-pacientes e familiares, destacando-se, nesse cenário, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo caráter de consulta e participação popular estava em sintonia com a conjuntura reformista iniciada nos últimos anos da ditadura militar[333]. Nessa oportunidade, a reforma sanitária tornou-se lema nacional, figurando como *um instrumento tático de mobilização social em torno de uma reestruturação do setor saúde*[334]. Na Conferência Nacional de Saúde foi levantada ainda a proposta de realização de encontros para a discussão de temas específicos, como a saúde do trabalhador, da mulher ou do idoso, entretanto, a de saúde mental enfrentou dificuldades para a sua concretização.

Se encontros regionais discutiram estratégias para o desenvolvimento e fortalecimento das ações no campo da saúde mental, entre as quais, o desmantelamento da natureza hospitalocêntrica das internações, no âmbito nacional, patente era a tensão entre a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e os membros do MTSM que assumiam cargos na própria Divisão e em outros setores do Ministério da Saúde. Diante das divergências político-ideológicas, foram

---

[333] Uma tática para garantir algum apoio da sociedade civil e que culminaria na campanha Diretas Já.

[334] AMARANTE, op. cit., p. 92.

promovidos encontros regionais sem a participação do Ministério, o culminou no Plenário dos Trabalhadores de Saúde Mental[335]. Num dos eventos organizados por tal grupo, Franco Rotelli, sucessor de Basaglia em Trieste, defendeu a participação de associações de usuários e familiares[336] na criação de práticas e modalidades de cuidado e atenção de usuários da saúde mental[337], porquanto, a seu sentir, a exclusão nas sociedades ocidentais tinha cunho cultural, não só econômico, o que revela uma noção de desistitucionalização com dimensão propriamente antimanicomial, influenciada pela tradição basagliana.

Com o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987, na cidade de Bauru, interior de São Paulo, o movimento pela reforma psiquiátrica finalmente reencontrou suas origens e se distanciou da reforma sanitária, redescobrindo a importância de problematizar o dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social. A instituição psiquiátrica passaria a ser compreendida não como um espaço circunscrito aos limites de uma especialidade, mas como um observatório capaz de fornecer elementos que enriquecem a compreensão das instituições da sociedade assistencial moderna. Se o enfoque sanitarista produzia uma compreensão demasiadamente estrutural das possibilidades de transformação, apostando demasiadamente na ocupação do aparato estatal e implantação de grandes políticas de saúde, a trajetória de desinstitucionalização, por sua vez, foi marcada pela intervenção de outros atores, além de médicos, administradores e técnicos da saúde mental, na questão do sofrimento psíquico. A violência da instituição psiquiátrica toma as ruas, a imprensa, a opinião pública, o que mobilizou a criação de várias associações de familiares e usuários.

Na medida em que as organizações de usuários e familiares assumiram o papel de atores no processo de desinstitucionalização, o MSTM deu lugar ao Movimento por uma Sociedade sem Manicômios, retirando definitivamente a reforma psiquiátrica do âmbito exclusivamente técnico. Relembrando o âmago do problema,

---

[335] Idem, ibidem, p. 78.

[336] Entre elas, em SP, em torno do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, a associação *Loucos pela Vida*, nome da obra de Amarante.

[337] AMARANTE, op. cit, p. 81.

o movimento reconduziu seus esforços para a desconstrução do paradigma psiquiátrico e orientou a criação de novas formas de cuidado e atenção, novas maneiras de produzir e reproduzir subjetividades. Nesse contexto, o modelo manicomial foi substituído pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)[338], novas modalidades de atenção que figuravam como alternativas reais ao modelo psiquiátrico tradicional. Perceber-se-ia mais tarde, contudo, que o mero fato de um serviço ser oferecido fora dos muros do espaço asilar não garante sua natureza não manicomial, pois é possível reproduzir os mesmos mecanismos ou consequências da psiquiatria tradicional em outros locais, como ocorreu nos ambulatórios quando tidos como alternativas ao manicômio[339].

Na seara jurídica, a desmontagem do aparato manicomial e sua substituição por uma proposta de atenção extra-hospitalar e territorial em saúde mental tornou-se objeto do Projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado do PT/MG, que se desdobrou em projetos com o mesmo propósito em outros estados da federação. Além de prever a paulatina extinção dos manicômios públicos e privados e a implantação de recursos não-manicomiais, o projeto estabelecia os direitos dos sujeitos portadores de doenças mentais.

Podemos afirmar, portanto, que propostas de transformação do modelo psiquiátrico clássico surgiram em nosso país a partir dos anos 70 e se intensificaram com o processo de redemocratização, cujo ápice se deu nos anos 80. Embora uma certa resistência ao modelo asilar exista desde o surgimento do Hospital Pedro II no Rio de Janeiro, o processo de reformulação da prática e do saber psiquiátrico amadureceu nos anos 70, num primeiro momento, com demandas por melhoria nas condições de trabalho dos técnicos da saúde mental, por fim, com a elaboração de estratégias de desconstrução do saber e das instituições psiquiátricas clássicas. Por isso, há quem aponte que a utilização da nomenclatura *reforma*[340] psiquiátrica, que

---

[338] Em SP, foram criados os Centros de Convivência, experiência na qual logradouros públicos contavam com postos de assistência jurídica e política às vítimas do sistema psiquiátrico.

[339] AMARANTE, *Loucos pela vida*, p. 85.

[340] Nesse sentido, Rotelli, sucessor de Basaglia, nomeou os modelos psiquiátricos inglês, francês e americano, por serem meras tentativas de recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica.

normalmente indica transformações superficiais, não faz jus às radicais e estruturais mudanças sugeridas pelo MTSM e, posteriormente, pelo Movimento por uma Sociedade sem Manicômios.

3.2 A psiquiatria brasileira como um processo de asilamento

Como sublinhado na primeira parte da pesquisa, com a chegada da família real em nosso país, medidas de controle social se tornaram imprescindíveis para o ordenamento do espaço urbano e das populações, servindo o discurso acerca da patologização da loucura como fundamento para uma intervenção específica do Estado. Apesar de a população não consubstanciar um conjunto homogêneo (ou justamente por isso), o Estado, entendido em sentido estrito, ou seja, seus aparelhos institucionais, repressivos e ideológicos, começou a intervir de maneira sistemática nas condições de vida de sua comunidade, atuando as políticas de saúde mental[341] como verdadeiras formas políticas de marginalização. Pode-se afirmar, contudo, que a gestão médica da conflitividade social, de forma geral, alcançou seu ápice, num primeiro momento, com os discursos sobre um novo ramo das ciências da saúde, a Medicina Social[342], que contou com o auxílio do saber psiquiátrico para obter sua legitimidade[343].

Se loucos começaram a ser segregados nas Santas Casas de Misericórdia, em espaços próprios, a partir de 1830, com a inauguração do Hospício de Pedro II

---

[341] Pode-se falar que apenas nos anos 60 a expressão “saúde mental” foi incorporada pelo discurso oficial sobre a loucura, apesar de sua função como marco normalizador ser muito anterior. Cf. LUZ, Madel Therezinha. *A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental*. in: AMARANTE, Paulo. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 88.

[342] Como destacamos no início da pesquisa, Foucault já alertara que a medicina nasce social, pois definidora de políticas de controle e organização. No Brasil, isso se acentuou com as medidas de higiene pública e os discursos de educação gratuita, o que encontrava respaldo na teoria microbiana do século XIX.

[343] Ver capítulo 1, item 1.5.

em 1852, miseráveis, índios, negros, desempregados, sujeitos considerados perigosos em geral receberam as alcunhas de doentes mentais e degenerados e foram submetidos a um tratamento veladamente moral[344]. O asilo psiquiátrico, portanto, apesar de não ser o único, foi o espaço de exclusão social da loucura onde teve início a construção de um conjunto de práticas e saberes pretensamente científicos sobre o tema[345].

Com as críticas formuladas pela classe médica[346], o Hospício de Pedro II foi definitivamente desvinculado da Santa Casa, pontuando a primeira *reforma* psiquiátrica em nosso país, o que resultaria na ampliação do espaço asilar por meio da criação de colônias[347] e do manicômio judiciário[348]. As colônias atualizavam o compromisso da Psiquiatria emergente com o contexto sócio-histórico da modernidade, expandindo a importância social e política da Psiquiatria e neutralizando, em parte, as críticas dirigidas ao hospício tradicional, embora não se diferenciassem dos asilos de Pinel.

Décadas mais tarde, esse modelo de assistência a alienados encontraria suporte no dispositivo da anormalidade importado por Juliano Moreira, o que, por sua vez, justificou um tratamento homogêneo aos loucos propriamente ditos, os que poderiam ser tornar loucos, os simplesmente anormais, indivíduos perigosos, mesmo que de modo latente, e aqueles que, mesmo conscientes e orientados, eram improdutivos devido a problemas psíquicos. Enfim, todo indivíduo que representasse um risco de desordem para a norma social poderia ser sequestrado pelo Estado e alienado de seus direitos em nome da defesa coletiva e da liberdade individual, afinal, era necessário administrar e prever a loucura antes que ela aparecesse socialmente.

---

[344] Ver nota de rodapé 172.

[345] Em 1801, Pinel publicou o Tratado médico-filosófico sobra a alienação ou mania, no qual descreveu uma nova modalidade médica, a Psiquiatria, que se apropriaria da loucura e medicalizaria o espaço asilar.

[346] AMARANTE, Paulo. *Asilos, alienados e alienistas* in: AMARANTE, Paulo. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 76.

[347] Ver item 1.5, p. 52.

[348] Ver nota de rodapé 155.

A preocupação com a loucura se intensificou concomitantemente com o interesse por outras áreas da saúde pública, as epidemias – febre amarela, tifo, varíola, entre outras – chamaram a atenção de estudiosos da loucura como Nina Rodrigues, que pesquisou doenças como beribéri[349]. Nesse contexto, um discurso sobre a cidade, o meio ambiente, a estrutura sanitária das metrópoles e os hábitos alimentares foi inaugurado, unificando médicos e engenheiros sanitários, psiquiatras e especialistas da medicina legal, em prol da homogeneização de setores sociais afetados, seja por germes físicos, no caso das epidemias, seja por germes morais, como na loucura. Não por acaso, ambas são tratadas com o isolamento, ainda que no caso das epidemias, ele seja excepcional. O manicômio seria a feliz síntese da exigência administrativa-policial do sequestro e as noções médico-humanísticas de asilamento e estabelecimento especial. Organizar um sistema de controle sanitário se fazia necessário, ainda, por razões econômicas, já que tais doenças comprometiam a força de trabalho num momento chave, a formação do Estado Nacional. Nessa esteira, a terapia ocupacional[350] surgiria anos mais tarde como uma proposta de reformulação do espaço asilar, quando então o mito do trabalho como forma de transformação dos doentes mentais receberia nova roupagem[351].

Acentuava-se, outrossim, a tentativa de reduzir as questões epidemiológicas e criminológicas ao espaço da loucura, sendo o esforço de Nina Rodrigues imenso, como vimos na primeira parte dessa pesquisa. Por outro turno, a preocupação com a loucura era tamanha que o louco foi excluído da discussão, as condições sociais do surgimento do distúrbio psíquico ou a exclusão de determinados setores sociais da nova ordem não eram realmente examinadas.

---

[349] JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CARVALHO, Fernando Martins. *Nina Rodrigues, epidemiologista: estudo histórico de surtos de beribéri em um asilo para doentes mentais na Bahia, 1897-1904*. História, Ciências e Saúde. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 113-132, mar/jun. 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200006 Acesso em 20 de agosto de 2013.

[350] Aluna de Jung, Nise da Silveira, renomada psiquiatra alagoana, fundou o Museu de Imagens do Inconsciente em 1952 a partir de trabalhos da Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II, atual Instituto Municipal Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, para onde foi transferida por discordar dos métodos agressivos adotados, como eletrochoques nas enfermarias daquele nosocômio.

[351] AMARANTE, *Loucos pela Vida*, p.28.

Enquanto Carlos Chagas e Oswaldo Cruz não encontravam os germes físicos da loucura, psiquiatras perseguiram ligações entre crime, loucura e hereditariedade durante a República Velha e formulavam uma política de saúde centralista, vertical, intervencionista que concentrava o poder nas mãos do agente institucional qualificado[352]. Com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria deixaria definitivamente de apenas ditar padrões de comportamento e passaria a orientar a constituição de coletividades sadias a partir de um programa preventivo de intervenção no espaço social marcadamente eugenista, xenofóbico e racista. Concentrando cada vez mais poder, o discurso psiquiátrico fortaleceu o modelo asilar, tornando-o um espaço eugênico, asséptico, de normalidade.

Todas estas medidas – a instalação do saneamento, a imposição de vacinas, o controle de produtos alimentares, a inserção de princípios de higiene nos programas de educação[353], as práticas asilares – foram frutos de atividades sociais implementadas pelo Estado e justificadas pela hegemonia do conhecimento médico, o que trouxe consigo um novo mito: as doenças serão extintas pela ciência.[354] Tal pretensão, aliada à constatação de que o hospital psiquiátrico é incapaz de reformar ou recuperar, instigou, a partir dos anos 30, práticas como a lobotomia, a eletroconvulsoterapia[355] e os choques cardiazólico e insulínico, o que, no entanto, não reduziu o asilamento. Em verdade, em meados dos anos 40, com a transferência do Hospício Nacional de Alienados da Praia Vermelha para o Engenho

---

[352] LUZ, A *história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental*, p. 93.

[353] As políticas de salvação nacional por meio da educação e da saúde pública tiveram início entre 1915 e 1920, ganhando força com a onda nacionalista do pós-guerra, mas não progrediram da mesma forma em todo o território nacional, só se inscrevendo no interior do país com a criação do Serviço de Profilaxia Rural, um programa do governo federal que contou com o suporte da Fundação Rockfeller. Cf. SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica*. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 251-293.

[354] SAYD, Jane Dutra. *Mediar, Medicar, Remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 147.

[355] Ao contar a história da criação dos eletrochoques, Szasz enumera fatos que revelam a natureza desse tipo de método. Entre as ponderações de Szasz, merece destaque o fato de que o primeiro indivíduo submetido ao “tratamento” era um prisioneiro diagnosticado com esquizofrenia, de modo que seu consentimento foi considerado desnecessário. É sintomático que uma pessoa supostamente portadora de um transtorno mental seja deslocada da polícia para receber “cuidados” de psiquiatras, sem sua anuência, para ser objeto de cura. Cf. SZASZ, Thomas. *¿A quien sirve la psiquiatria?* In: BASAGLIA, Franco (org.) *Los Crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*, p.311.

de Dentro, foram criados novos leitos, além de salas cirúrgicas para a realização de lobotomias, conferindo novo enfoque ao espaço asilar. Na década de 50, o processo de farmacologização alcançou a prática psiquiátrica, o que tampouco atenuou a segregação dos enfermos[356], mas facilitou sua internação e manutenção do seu asilamento, pois promoveu a docilização dos seus corpos.

Embora a assistência psiquiátrica fosse prestada preponderantemente pelo Estado até então, as novas técnicas começariam a ser instrumentalizadas pelo setor privado, que passou a prestar serviços de saúde ao Poder Público com o advento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), angariando nova clientela, o que não contribuiu para a desinstitucionalização[357]. Com a ascensão de um modelo privatizante de toda a saúde, não só a mental, planos de psiquiatria alternativa, comunitária e preventiva enfrentaram resistência, a despeito de variadas experiências de reforma psiquiátrica despontarem além-mar desde o término da Segunda Guerra Mundial, como visto no tópico anterior, mantendo-se o asilamento como paradigma de tratamento dos indivíduos com sofrimento psíquico.

Apenas com a descentralização da saúde como um todo, decorrente da crise institucional da Previdência Social, novas gerações de técnicos e usuários surgiram e começaram a aventar novas possibilidades de intervenção no modelo de assistência, o que culminaria no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Sob o lema “Por uma Sociedade sem Manicômios”, anos mais tarde, alternativas ao asilamento foram debatidas por técnicos do sistema de saúde mental e pela sociedade civil, o que resultou em última análise na Lei nº 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica.

3.3 Rupturas e permanências

[356] Mattos discorda e assinala que os psicofármacos seriam os responsáveis pela possibilidade de tratamento fora da lógica hospitalocêntrica, o que proporcionou a virada paradigmática produzida por Basaglia. MATTOS, Virgílio. *Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segura*nça. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 45.

[357] AMARANTE, op. cit., p. 59

Ao se aproximar da Medicina, o saber psiquiátrico passou a auferir os lucros da credibilidade científica desta, embora não possuísse uma base experimental ou unidade de observação, apresentando um catálogo classificatório a partir da organização dos asilos[358]. Com um sistema, portanto, de racionalização *a posteriori* de seus procedimentos disciplinares, a psiquiatria se constituiu como a apresentação científica dos interesses a que ela se dispôs a instrumentalizar. Em nosso país, a psiquiatria elegeu, num primeiro momento, seus inimigos como clericais e opositores das instituições republicanas e, portanto, do governo. A intervenção do Estado se fez, então, legítima e necessária[359]. Sob o manto da neutralidade científica, a psiquiatria conferiu ao Estado a posse e administração do hospício, uma vez que competia a ele a garantia da proteção da sociedade e do louco.

Em seu discurso oficial, no entanto, o poder médico rejeita a repressão. O louco não era sequestrado pelo Estado e alienado de seus direitos para ser castigado ou punido, mas em nome da defesa coletiva e da liberdade individual, para conter a sua periculosidade e resguardar seus direitos. Por meio da disciplinarização característica do espaço asilar, o indivíduo seria recuperado e retornaria à condição de livre sujeito de direito. Para tanto, foi necessário medicalizar a legislação. Não se trata de legalizar o sequestro estatal, mas legitimar técnica e cientificamente o poder de isolar, normalizando o hospício.

O discurso psiquiátrico, contudo, não se encerra nos muros do espaço asilar. A propagação de tal saber não é apenas simbólica, mas estratégica. Quanto mais próxima é a relação entre a Psiquiatria e o Estado, maiores são as condições de implantação na sociedade de estratégias de normalização de loucos e criminosos, sujeitos unidos pela sua periculosidade. O governo de tais indivíduos, em particular, depende de ações, em última instância, medicamente orientadas, da aplicação de técnicas médico-políticas de controle. Há, assim, uma politização da medicina.

A Psiquiatria Democrática, por outro lado, sob forte inspiração basagliana, reafirmava os direitos civis, sociais e políticos das pessoas internadas em instituições psiquiátricas, denunciando o que Basaglia chamou de criminalização da

---

[358] SERRA, *A psiquiatria como discurso político*, p. 13.

[359] MACHADO, *Danação da norma*, p. 485.

doença, processo no qual um sujeito segregado perde seus direitos e se torna vítima de um crime da paz[360]. Nessa esteira, novas internações em manicômios foram proibidas a partir de 1978 na Itália, rompendo a ligação direta entre a doença mental e a noção de periculosidade, o que criou uma tensão entre a psiquiatria e a justiça penal. Inexistindo nexo automático entre doença mental e periculosidade[361], um dos requisitos para a imposição da medida de segurança, cujo elo, no plano jurídico, era fornecido pela noção de inimputabilidade, restaria ameaçada a própria instrumentalização da custódia como forma de tratamento.

Em nosso país, apenas no limiar do século XXI, a luta antimanicomial foi verdadeiramente incorporada pela nossa legislação. Em 2001, a Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica, tornou excepcional a internação do sujeito com sofrimento psíquico, estabelecendo um novo paradigma de cuidado em oposição à lógica manicomial, o que é incompatível com a perspectiva periculosista na qual o indivíduo é encarado tão-somente como um objeto de intervenção estatal, de cura ou contenção. Deixa-se de lado, nessa conjuntura, a doença atomizada, o indivíduo não é caracterizado pela enfermidade. Percebe-se, consequentemente, o usuário do sistema de saúde mental como sujeito de direitos, cuja participação é imprescindível no curso no processo terapêutico, o que não se coaduna, num primeiro momento, com a imposição coercitiva de um tratamento. Há um processo de cidadanização do sujeito com sofrimento psíquico.

Nada obstante, o cometimento de um fato definido como crime ainda hoje é interpretado como sinal de periculosidade, determinando a cominação de medida de segurança. Ora, com a excepcionalidade conferida à internação psiquiátrica pela Lei nº 10.216/01, só sendo admitida quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, inaceitável a manutenção de um tratamento diferenciado entre os usuários comuns da saúde mental e aqueles que praticaram ilícitos[362]. Se o

---

[360] BASAGLIA, Franco; ONGARO, Franca Basaglia. *Los Crímenes de la paz*. In: BASAGLIA, Franco (org.) *Los Crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. Siglo XXI editores, 1987, pp. 13-132.

[361] Antes mesmo de Basaglia, Foucault e Castel alertaram que o processo que levou à definição de periculosidade social encontra-se no plano da ordem pública, não está vinculado à natureza do sofrimento psíquico. Todo sujeito internado, por definição, torna-se perigoso.

[362] Tampouco a escolha entre as medidas de segurança de internação ou de tratamento ambulatorial deveria se pautar no critério meramente jurídico previsto no nosso Código Penal.

movimento antimanicomial postula a desinstitucionalização, reconhecendo que a própria psiquiatria não promove conhecimento satisfatório para o problema concreto da internação e da loucura, encontrando-se desconectada da realidade concreta das pessoas definidas como doentes, se restou demonstrado que o asilamento provoca estigmatização e a cronificação, revela-se injustificada a exclusão do indivíduo com sofrimento psíquico que cometeu um injusto penal desse novo paradigma e, por conseguinte, ilegítima a conservação de uma intervenção estatal essencialmente punitiva e segregadora.

Todavia, ainda hoje, desprezando tais questões, persiste-se na responsabilização penal com vestes de tratamento do indivíduo com sofrimento psíquico em função do cometimento de um tipo de injusto, ou seja, a prática de um fato definido como crime, típico, portanto, e ilícito, porém, exculpável. Embora a crítica ao modelo psiquiátrico clássico refute o paradigma problema-solução – definição de um problema e uma resposta tendencialmente ideal – o saber psiquiátrico ainda é usado como pretexto para o isolamento de sujeitos que a sociedade produz e segrega. Enfim, apesar de a luta antimanicomial ter redefinido tais indivíduos como sujeitos de direitos e ter estabelecido novas práticas de acolhimentos dos usuários de saúde mental, o tratamento da inimputabilidade e semi-imputabilidade permanece baseada nas premissas punitivas e correcionalistas que ergueram os sistemas asilares do século XVIII.

Rechaçando o fortalecimento das estruturas hospitalares como instituições de controle da ordem social e a consolidação de um direito absoluto da não-loucura sobre a loucura[363] convalidado pelos administradores da violência no poder[364], surgiram propostas como as de Mattos[365] e de Queiroz[366]. Inseridas no âmbito criminal, as proposições de tais autores assegurariam um tratamento mais favorável

---

[363] FOUCAULT, Michel. *O Poder Psiquiátrico*. 2. ed.. São Paulo: Martins Fontes, 2012, p. 452.

[364] BASAGLIA, *A instituição negada*, p. 102.

[365] Mattos defende a responsabilização penal do portador de sofrimento psíquico que comete um fato definido como crime, possibilitando-lhe os direitos mínimos de detração, progressão de regime, livramento condicional, suspensão condicional do processo, a ele negados pela simples condição de ser portador de uma patologia, o que não deve transformá-lo num objeto, negando-lhe a condição de sujeito de direitos. Cf. MATTOS, *Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segura*nça, cit.

[366] Cf. QUEIROZ, Paulo. *Direito Penal: parte geral*. 7. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011. MATTOS,

aos inimputáveis, pois conferem a tais sujeitos direitos materiais e garantias processuais previstas aos imputáveis como, por exemplo, a incidência das causas de exclusão da tipicidade, da ilicitude e da punibilidade, no campo material, e a aplicação de institutos despenalizadores, no âmbito processual.

Não nos parece suficiente, contudo, a adoção de um modelo reformista ou, nas palavras de Salo de Carvalho, garantista de médio alcance[367].

Patente a correlação entre o modo como a antipsiquiatria e o movimento antimanicomial tratam a loucura e o projeto abolicionista, desde a modificação de nomenclatura proposta por Hulsman, de crime às situações problemáticas até a redesignação do "louco de todo gênero" por "sujeito com sofrimento psíquico" ou "usuário do sistema de saúde mental" até, finalmente, a desconstrução do paradigma tutelar e a busca pela desinstitucionalização.

É necessário, portanto, promover o afastamento da lógica punitiva e *carcerocêntrica* do sistema penal e disponibilizar a assistência ao sujeito com sofrimento psíquico num espaço alheio ao pensamento jurídico-penal, o que não importa na sua completa escusa pelos atos cometidos. Aliás, é importante para a atividade terapêutica que o indivíduo se responsabilize pelos atos passados, pelo rumo do processo terapêutico[368] e pelos seus projetos futuros, a fim de evitar o seu assujeitamento e coisificação, o que restitui ao indivíduo a tarefa e o direito de levar a cabo sua loucura, "invalidando enfim a grande transcrição da loucura na doença mental que havia sido empreendida a partir do século XVII e encerrada no século XX"[369]. Nesse sentido, a responsabilização pelo ilícito cometido não ultrapassaria o âmbito cível ou a esfera administrativa, de modo que a intervenção judicial, como sugere Carvalho, se limitaria ao estabelecimento de critérios de compensação da

---

[367] CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana. *A punição do sofrimento psíquico no Brasil: reflexões sobre os impactos da reforma psiquiátrica no sistema de responsabilização penal*. Revista de Estudos Criminais n. 48, 2013.

[368] Inclusive, é possível a imposição coercitiva de tratamento na rede de saúde pública, observados os ditames da Reforma Psiquiátrica, mormente, a excepcionalidade da internação, uma vez que o tratamento é "um direito assegurado a todas as pessoas que necessitam, independentemente do cometimento ou não de crimes". Cf. CARVALHO*, Penas e Medidas de Segurança no Direito Penal Brasileiro*, p. 532.

[369] FOUCAULT, *O Poder Psiquiátrico*, p. 453.

vítima pelos danos sofridos, morais ou materiais, mantendo-se, porém, afastada a ingerência das agências punitivas.

3.4 Epílogo ou Prelúdio?

Ao longo da presente pesquisa procuramos mostrar como o saber médico pode assumir um papel disciplinar ao patologizar modos de vida e decisões de alguma forma consideradas inconvenientes, improdutivas ou, mais genericamente, antissociais. Nessa esteira, associada ao Direito e outros saberes como a Antropologia, a Medicina, mais especificamente a Psiquiatria, justificou em última análise o tratamento jurídico-penal diferenciado conferido aos sujeitos com sofrimento psíquico que cometem fatos definidos como crime. Nem sempre foi assim. Nem sempre a Medicina caracterizou o enfermo pela enfermidade, nem sempre foi uma ciência descritiva de doenças, nem sempre apagou a vivência individual de sujeitos.

A Medicina é também terapêutica, a arte de curar, a ciência que lida com o medo da morte e do sofrimento[370], um instrumento de mediação entre o sujeito e a cura; enquanto o médico, nem cientista, nem sacerdote, seu mediador. No entanto, passados séculos que separam a cultura grega dos dias atuais, o médico, herdeiro de Hipócrates, não lembra seu juramento.

A arte da terapêutica e suas duas faces, Higéia e Panacéia[371], maneiras diversas de encontrar a cura, possuem um ponto de convergência: o médico. Enquanto na Panacéia o homem busca apoio num remédio externo, na Higéia a terapêutica se aproxima de um retorno à saúde, o poder do homem restabelecer um

---

[370] Há quem diga que o objeto da psiquiatria é a existência-sofrimento, sua relação com o corpo social e o papel do técnico é fornecer serviços que efetivamente substituam o manicômio. BARROS, *Cidadania versus periculosidade social*, p. 178.

[371] JAEGER, Werner. *Paideia, a construção do Homem Grego*. Tradução por Joaquín Xirau e Wenceslau Roces. México: Fondo de Cultura, 1992, p. 151.

equilíbrio com a natureza, mostrando-se a autodeterminação como ponto central na manutenção da própria saúde e o médico como um auxiliar da natureza. Na atualidade, contudo, o médico se afastou do papel de assistente, abandonou o papel de terapeuta[372], atuando como gestor de uma solução externa, o que compromete a autonomia do enfermo. Na psiquiatria, principalmente, quando pensamos no perito do juízo criminal, isso se robustece e o médico se torna um mero sintetizador de saberes e práticas específicas acerca de um comportamento que não é puramente biológico, nem sociológico, mas é, antes de tudo, construção política, teórica e institucional.

Outra face da prática médica contemporânea é a noção de doença como uma entidade independente, presente no ambiente, fora do homem. Assim, além de caracterizar o enfermo, a doença demandaria um remédio específico, que não serve ao doente, mas tem como escopo combater as causas da enfermidade, não as suas consequências no organismo. Tal concepção encontra-se intimamente ligada a ideia de agente etiológico[373] e circunscreve a medicina a uma ciência que busca curar e prevenir doenças como método para tratar o doente.

Com tal perspectiva, o doente é apagado[374] e propostas de tratamento individualizado deixam de fazer sentido[375], o que se propagou pelas disciplinas médicas de uma forma geral, além de reforçar a ideia de prevenção, mote da Higiene de Pasteur. Se no âmbito da terapêutica individual a higiene é encarada tão-somente como um conjunto de medidas de apoio e promoção do bem-estar do doente, chamavam a atenção quando pensamos no movimento higienista brasileiro as ações sociais de prevenção e saneamento, a higiene do coletivo, faceta da saúde pública. Não por acaso Afrânio Peixoto, em 1913, afirmou que a terapêutica era uma

---

[372] A palavra terapeuta tem origem no verbo grego *therapeuien*, que significa servir, prestar assistência.

[373] CANGUILHEM, Georges. *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70, 1983, capítulo III.

[374] Basaglia falará que a loucura possui uma visibilidade exclusiva, ao mesmo tempo em que o sujeito é invisível para a totalidade social, é objeto de intervenção, tanto na seara médica, quanto na jurídica. Cf. BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*, cit.

[375] A medicina contemporânea encara a saúde e a cura como questões metafisicas, substituíveis pela noção de normalidade, o que significa, em última instância, ausência de doença ou o fim da doença.

prática do passado[376] e que a medicina havia de ser substituída pela higiene científica.

Na medida em que a Medicina se tornou estritamente científica, noções médicas foram incorporadas pelo poder judiciário e a realidade social, ontologizada, despolitizando-se deliberadamente a questão criminal, como mostramos no decorrer dessa pesquisa. A sociedade e seus problemas se tornam naturais tanto quanto as ciências da saúde se tornam sociais. Tal como aparelhos de um organismo vivo, as desigualdades são interpretadas como simples diferenciação de funções articuladas em prol de um funcionamento normal da sociedade. Não precisa ser assim, não deve ser assim.

Se o Direito não resolve qualquer conflito, apenas transforma querelas sociais em questões jurídicas, a psiquiatria clássica, descomprometida com a desinstitucionalização, serve de cobertura técnica para um problema de poder, não fazendo nada além de ratificar tecnicamente a exclusão promovida pelo tecido social, sob a chancela de argumentos técnicos-terapêuticos quando, na realidade, suas normas apenas reproduzem valores ligados a sociedade da qual o médico é representante. Não se trata, no entanto, de politizar diretamente a relação psiquiátrica, mas de encontrar a dimensão política da contradição encoberta pela psiquiatria[377]. A relação médico-paciente nada mais é do que a concretização da natureza das relações inter-humanas presentes na sociedade. Principalmente no que tange ao sujeito com sofrimento psíquico, independentemente do cometimento de um injusto penal, é preciso compreender o sentido da doença na experiência humana e social. Acredito ser esse o maior legado da Reforma Psiquiátrica.

---

[376] PEIXOTO, Afrânio *apud* SAYD, Jane Dutra. *Mediar, Medicar, Remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998, p. 135.

377 CASTEL, Robert. *La contradicción psiquiátrica*. In: BASAGLIA, Franco (org.) *Los Crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión.* Siglo XXI, 1987, p. 152.

CONCLUSÃO

Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda.

Nise da Silveira

Conferindo ao louco uma identidade doente e desviante, a medicina tornou sua loucura ao mesmo tempo visível e invisível, pois o medicalizou e retirou da sociedade por meio do seu encarceramento em instituições psiquiátricas e jurídico-penais, sob um discurso tutelar e, ao mesmo tempo, de gestão de sua periculosidade social. Assim, o louco se torna invisível para o meio social e, por outro lado, visível para as agências de controle. Uma vez objetificado e caracterizado pela doença, as práticas psiquiátricas concentram-se nos desdobramentos da enfermidade, deixando de interagir com a existência-sofrimento que a antecede. Enfim, o paradigma psiquiátrico clássico transforma a loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o sujeito-objeto do espaço social e tornando a loucura uma condição da qual o sujeito tem que se distanciar para ter seu discurso convalidado.

A loucura é, outrossim, adjetivada com qualidades morais como periculosidade, marginalidade, desviante, o que permite a correlação e identificação entre punição e terapia. Assim, se a visão trágica da loucura, ligada ao universo renascentista, foi abandonada, a concepção crítica que a substituiu produziria exclusão e morte social. É nesse contexto que o saber e a prática psiquiátrica conquistam visibilidade no espaço manicomial, é nesse cenário que o manicômio, símbolo do paradigma da violência institucional, concretiza a metáfora da exclusão que a modernidade produz na relação com a diferença.

Não foi diferente em nosso país. Entre o período da constituição da medicina mental, meados do século XIX, e a Segunda Guerra Mundial, o sujeito com

sofrimento psíquico, entre outros atores, foi um dos alvos preferenciais do processo de medicalização social do qual a psiquiatria nascente participou como instrumento técnico-científico de poder. Como frisado ao longo da pesquisa, a Medicinal Social e a Psiquiatria possuíam durante a trajetória higienista uma relação simbiótica: se a Psiquiatria legitimava a Medicinal Social conferindo-lhe neutralidade científica, o discurso de gestão médica dos conflitos sociais permitiu a construção de saberes psiquiátricos em consonância com a propagação de um atuar médico politicamente orientado. Tais discursos foram incorporados pela dogmática jurídico-penal, submetendo sujeitos isentos de culpabilidade a medidas de cunho pretensamente tratamental, apesar de a periculosidade ser o real fundamento para o seu recolhimento, o que perdura até os dias atuais.

Com a Segunda Guerra Mundial, experiências socioterápicas, como a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional e a psiquiatria de setor, sugiram não só nos países envolvidos no conflito, mas no Brasil, o que culminaria numa orientação preventivo-comunitária da saúde mental. A mera profilaxia, a ideia de prevenção das desordens mentais, daria lugar à promoção da saúde mental, novo objeto da psiquiatria. O enfoque higienista, no entanto, não deixa de existir, sendo evidente nas leis penais, embora permeado por um discurso terapêutico. Como alertara Amarante, o surgimento de uma trajetória não apaga as práticas anteriores, não há uma construção continuísta da história da psiquiatria[378].

Num segundo estágio, a crítica à psiquiatria tradicional foi marcada por um viés sanitarista, quando então opositores ao modelo clássico ingressaram no aparelho do Estado. Se, por um lado, a ocupação do aparato estatal introduziria mudanças no cerne do sistema de saúde, por outro, o Estado absorvia o pensamento crítico com o objetivo de angariar legitimidade e minimizar os problemas agravados pela adoção de uma política de saúde excessivamente privatizante e custosa. É um momento institucionalizante da reforma, no qual os saberes sobre a administração e o planejamento em saúde foram vistos como a solução dos problemas das coletividades. Por deixar de desafiar a essência da psiquiatria clássica, a estratégia institucional falhou. O fracasso das experiências pretensamente alternativas – o que abrange várias práticas alheias ao modelo de

[378] AMARANTE, *Loucos pela vida*, p. 89.

psiquiatria tradicional – demonstrado por Basaglia, Foucault, Castel e, entre nós, Birman, Jurandir Costa, fez crer que era impossível transformar a realidade da psiquiatria e das instituições psiquiátricas. É o que Basaglia chamou de *culto do pessimismo.*[379]

Sem desconsiderar a conjuntura na qual se situava a trajetória sanitária, uma ditadura militar que perseguia violentamente seus opositores, há de se reconhecer que apenas no final dos anos 80 o movimento pela reforma psiquiátrica voltou a examinar o âmago da questão, redescobrindo suas origens e problematizando o dispositivo de controle e normatização próprios da medicina como instituição social. Muitas vezes confundida com a mera desospitalização[380], a desinstitucionalização capitaneada pela reforma psiquiátrica transformaria o ato de saúde sob o paradigma de cuidado, denunciando o papel normalizador das suas instituições e ofertando serviços extra-hospitalares.

Afrontando, enfim, o modelo psiquiátrico clássico, a Lei nº 10.216/01 cristalizaria os postulados da luta antimanicomial, estabelecendo um novo paradigma de cuidado em oposição à lógica manicomial e, por conseguinte, tornando extraordinária a internação do sujeito com sofrimento psíquico. Ainda assim, a despeito do caráter excepcional da internação de indivíduos portadores de transtornos mentais, uma vez rotulados como criminosos, os inimputáveis por doença mental da dogmática jurídico-penal são submetidos a medidas de segurança de acordo com a gravidade da conduta perpetrada. Desprezando deliberadamente a fragmentariedade do sistema de responsabilidade criminal, a natureza aflitiva inerente à resposta punitiva, seja sob o rótulo de pena, seja sob a rubrica de medida, bem como a incompatibilidade entre a atividade terapêutica e a função punitiva, é mantida a ingerência das agências punitivas em nome de um sistema que visa, em verdade, neutralizar o indivíduo considerado perigoso e gerenciar riscos sociais mais do perseguir pretensões terapêuticas.

---

[379] BASAGLIA *apud* AMARANTE, op. cit., p. 93.

[380] A desinstitucionalização americana, por exemplo, limitou-se a um elevado número de altas administrativas e transferência de pessoas para espaços não-psiquiátricos ou, ainda, instituições privadas. Apesar de a internação não ocorrer em macroinstituições, o doente continuaria a viver sem condições para o exercício de direitos. Cf. BARROS, Denise Dias. *Cidadania versus periculosidade social*. in: AMARANTE, Paulo. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, p. 173.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Marcos César. *Bacharéis, Criminologistas e Juristas*: Saber Jurídico e Nova Escola Penal no Brasil. São Paulo: Método, 2003.

ALVIM, Rui Carlos Machado. *Uma pequena história das medidas de segurança.* São Paulo: IBCCrim, 1997.

AMARANTE, Paulo. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

_____. *Loucos pela Vida. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

ANITUA, Gabriel Ignácio. *Histórias dos pensamentos criminológicos*. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2008.

BARATTA, Alessandro. *Criminologia crítica e crítica do direito penal.* Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2002.

BARRETO, Lima. *O cemitério dos vivos: memórias*. São Paulo: Editora Planeta do Brasil, 2004.

BARRETO, Tobias. *Menores e Loucos em Direito Criminal.* Campinas: Editora Romana, 2003.

BASAGLIA, Franco. *A Psiquiatria Alternativa*: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

_____. *A instituição negada*. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.

BASAGLIA, Franco (org.) *Los Crímenes de la paz*: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. Siglo XXI, 1987.

BATISTA, Nilo. *Política criminal com derramamento de sangue*. Revista Discursos Sediciosos, nº 5/6, Rio de Janeiro: Revan, 1998.

BATISTA, Vera Malaguti. *O medo na cidade do Rio de Janeiro:* Dois tempos de uma história. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

_____ *Introdução crítica à Criminologia Brasileira*. Rio de Janeiro: Revan, 2011.

BEZERRA Jr, Benilton; AMARANTE, Paulo (org) *Psiquiatria sem Hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como Discurso da Moralidade*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

BRUNO, Aníbal. *Perigosidade Criminal e Medidas de Segurança*. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1977.

CANGUILHEM, Georges. *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa: Edições 70, 1983.

_____. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

Comentado [R-11]: Indica-se a edição de uma obra abreviando-se os numerais ordinais e a palavra edição no idioma da publicação;
Exemplo: "2. ed."
Ver roteiro pág. 70 – 71.
Observar demais referências.

Comentado [R-12]: O subtítulo não deve ser diferenciado tipograficamente, apenas o título. Observar nas demais referências.

Comentado [R-13]: Devem ser usados apenas seis espaços underline. Conforme roteiro, página 81. Observar demais referências.

CARRARA, Sérgio. *Crime e Loucura*: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; 1998.

CARVALHO, Salo de; WEIGERT, Mariana. A *punição do sofrimento psíquico no Brasil:* reflexões sobre os impactos da reforma psiquiátrica no sistema de responsabilização penal. Revista de Estudos Criminais n. 48, 2013.

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

_____. *Pena e Garantias*, 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica:* A Idade de Ouro do Alienismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

_____. *A gestão dos riscos. Da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTRO, Lola Aniyar de. *Criminologia da Libertação*. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2005.

CASTRO, Viveiros de. *A Nova Escola Penal*. Rio de Janeiro: Livraria Modsrka, 1894. Disponível em http://bdjur.stj.gov.br/xmlui/bitstream/handle /2011/21309/A_nova_escola_penal.pdf?sequence=2 Acesso em 17 de agosto de 2013.

CIRINO DOS SANTOS, Juarez. *Direito Penal: Parte Geral*. Curitiba: ICPC/Lumen Juris, 2012.

CLEMMER, Donald. *The prison community*. New York: Rinehart & Company, 1958.

CONRAD, Peter. *Medicalization and social control.* Annual Review of Sociology. 18, 1992.

_____. *Deviance and Medicalization*: From Badness to sickness. Edição Kindle. Temple University Press, 1980.

_____. *The Medicalization of Society*. Edição Kindle. Johns Hopkins University Press, 2008.

COOPER, David. *Psiquiatria e Antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

CORRÊA, Mariza. *Raimundo Nina Rodrigues e a "garantia da ordem social".* Revista USP, São Paulo, n. 68, p. 130-139, dezembro/fevereiro 2005-2006. Disponível em http://www.usp.br/revistausp/68/11-mariza-correa.pdf Acesso em 15 de julho de 2013.

_____. *As ilusões da liberdade:* A Escola Nina Rodrigues e a antropologia no Brasil. Bragança Paulista: EDUSF, 1998.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil:* um corte ideológico. 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

FLEMING, Manuela. *Ideologia e práticas psiquiátricas*. Porto: Afrontamento, 1976.

FOUCAULT, Michel. *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*, Educacion Medica y Salud, Vol 10 No 2, 1976, pp. 152-70.

_____. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1977.

_____. *Vigiar e Punir.* História da violência nas prisões. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

_____. *Doença mental e psicologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

_____. *Os anormais*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. *Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina*. Ditos e escritos – volume VII. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2011.

_____. *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise.* Ditos e escritos – volume I. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2011.

_____. *História da loucura.* 9. ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2012.

_____. *O Nascimento da Clínica.* 7. ed. Rio de Janeiro: Forense universitária, 2013.

FRAGOSO, Heleno Claudio. *Lições de direito penal*. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

GARLAND, David. *Disciplining Criminology?* Revista Eletrônica Sistema Penal e Violência da PUCRS, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 114-125, jul/dez. 2009.

GARÓFALO, Rafaelle. La Criminologie. Étude sur la nature du crime et la théorie de la pénalité. E-book, Edição Kindle.

GOFFMAN, Erving. *Estigma:* notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

_____ *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2010.

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (org.) *Cuidar, controlar, curar:* ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004.

HOLANDA, Sérgio Buarque. *Raízes do Brasil.* 20. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988.

HUNGRIA, Nelson. *Comentários ao Código Penal,* volume III, arts. 75 a 101. Rio de Janeiro: Forense, 1978.

ILLICH, Ivan. *Limits to Medicine.* Medical Nemesis: The Expropriation of Health. Edição Kindle. Ed. Marion Boyars, 1976.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; CARVALHO, Fernando Martins. *Nina Rodrigues, epidemiologista:* estudo histórico de surtos de beribéri em um asilo para doentes mentais na Bahia*, 1897-1904*. História, Ciências e Saúde. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 113-132, mar/jun. 2001.

JAEGER, Werner. *Paideia, a construção do Homem Grego*. Tradução por Joaquín Xirau e Wenceslau Roces. México: Fondo de Cultura, 1992.

JONES, Maxwell. *A Comunidade Terapêutica*, Petrópolis: Vozes, 1972.

LAING, Ronald David. *Sobre loucos e sãos*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

LYRA, Roberto. *Direito Penal Científico (Criminologia).* Rio de Janeiro: José Konfino Editor, 1974.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. *Foucault, a Ciência e o Saber*. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. *O Alienista*. Porto Alegre: L&PM, 2009.

MATTOS, Virgílio. *Trem de doido:* o direito penal e a psiquiatria de mãos dadas. Belo Horizonte: UNA Editora, 1999.

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

NEDER, Gizlene. *Iluminismo jurídico-penal luso-brasileiro:* obediência e submissão. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2007.

_____. *Discurso Jurídico e Ordem Burguesa no Brasil.* Niterói: Editora da UFF, 2012.

NINA RODRIGUES, Raymundo. *As raças humanas e a responsabilidade penal no Brazil*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1934.

_____. *As collectividades anormaes*. Organização e prefácio de Arthur Ramos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939.

_____. *Mestiçagem, degenerescência e crime.* Tradução de Mariza Corrêa do artigo "Métissage, dégénerescence et crime", publicado nos Archives d'Anthropologie Criminelle, v.14, n.83, 1899. Disponível em http://www.pagu.unicamp.br/sites/www.pagu.unicamp.br/files/Mesticagem.pdf Acesso em 10 de junho de 2013.

NOGUEIRA, José Carlos de Ataliba. *Medidas de segurança*. São Paulo: Saraiva, 1937.

OLMO, Rosa del. *A América Latina e sua criminologia*. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2004.

PEIXOTO, Afrânio. *Criminologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1933.

PESSOTTI, Isaias. *A loucura e as épocas*. São Paulo. Ed. 34, 1994.

_____. *Os nomes da loucura*. São Paulo: Ed. 34, 2001.

_____. *O século dos manicômios*. São Paulo: Ed. 34, 2001.

PORTOCARRERO, Vera. *Arquivos da loucura:* Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

QUEIROZ, Paulo. *Direito Penal: parte geral*. 7. ed.. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

QUINTERO OLIVARES, Gonzalo. *Locos y culpables*. Pamplona: Aranzadi Editorial, 1999.

ROSEN, George. *Da Polícia médica à Medicina Social:* ensaio sobre a assistência médica*.* Rio de janeiro: Edições Graal, 1979.

RUSCHE, Georg; KIRCHHEIMER, Otto*. Punição e Estrutura Social*. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2004.

SÁ, Alvino Augusto de. *Criminologia Clínica e Execução Penal*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2011.

SAYD, Jane Dutra. *Mediar, Medicar, Remediar:* aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SCHWARCZ, Lilia Katri Moritz. *Quando a desigualdade é a diferença*: Reflexões sobre Antropologia Criminal e Mestiçagem na Obra de Nina Rodrigues*.* Gazeta Médica da Bahia, Salvador, ano 140, v. 76, suplemento 2, p. 47-53, dez. 2006. Disponível em http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia Acesso em 25 de janeiro de 2014.

SERRA, Antonio. *A psiquiatria como discurso político*. Rio de Janeiro: Edições Achiamé, 1979.

SOZZO, Máximo. *Traduttore traditore:* traducción, importación cultural e historia del presente de la criminología em América Latina. Cuadernos de Doctrina y Jurisprudencia Penal, Buenos Aires, v. 7, n. 13, p.353-431, nov. 2001.

SZASZ, Thomas. *O mito da doença mental:* fundamentos de uma teoria da conduta pessoal. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

_____. *A fabricação da loucura: u*m estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento da Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

_____. *Esquizofrenia*: o símbolo sagrado da Psiquiatria. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

_____. *The Medicalization of Everyday Life:* Selected Essays. Edição Kindle. Syracuse University Press, 2007.

_____. *Psychiatry:* The Science of Lies. Edição Kindle. Syracuse University Press, 2008.

_____. *Antipsychiatry:* Quackery Squared. Edição Kindle. Syracuse University Press, 2009.

TANGERINO, Davi de Paiva Costa. *Culpabilidade*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

TÓRTIMA, Pedro. *Crime e Castigo para além do Equador.* Belo Horizonte: Inédita, 2002.

THOMPSON, Augusto. *A Questão Penitenciária*. 3. ed.. Rio de Janeiro: Forense, 1991.

WILLIAMS, Simon et al. *The pharmaceuticalisation of society?* A framework for analysis. Sociology of Health and Illness, 33 (5), 2011. pp. 710-25.

YOUNG, Jock. *A sociedade excludente:* exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente. Rio de Janeiro: Revan/Instituto Carioca de Criminologia, 2003.

ZAFFARONI, E. Raúl. *Criminología:* aproximación desde un margen. Bogotá: Editorial Temis S. A., 1988.

ZAFFARONI, E. Raúl; BATISTA, Nilo; ALAGIA, Alejandro; SLOKAR, Alejandro. *Direito Penal Brasileiro I.* Rio de Janeiro: Revan, 2011.

_____. *Direito Penal Brasileiro II, i.* Rio de Janeiro: Revan, 2010.