



UFOP - UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ICSA- INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DESSO- DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CAMILA FÁTIMA SILVA MARTINS

CRIME E LOUCURA: A questão da cidadania dos inimputáveis

MARIANA-MG
2023



**UFOP - UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
ICSA- INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DESSO- DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

CAMILA FÁTIMA SILVA MARTINS

CRIME E LOUCURA: A questão da cidadania dos inimputáveis

Trabalho apresentado à Universidade Federal De Ouro Preto – UFOP -, campus do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas, pelo Departamento de Serviço Social, como requisito para obtenção do título de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Cristiane Tomaz

**MARIANA – MG
2023**

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

M386c Martins, Camila Fatima Silva.

Crime e loucura [manuscrito]: a questão da cidadania dos inimputáveis. / Camila Fatima Silva Martins. - 2023.
57 f.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiane Tomaz.

Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto.
Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Graduação em Serviço Social .

1. Cidadania. 2. Saúde mental. 3. Inimputabilidade. I. Tomaz, Cristiane. II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU 364.3

Bibliotecário(a) Responsável: Iury de Souza Batista - CRB6/3841



FOLHA DE APROVAÇÃO

Camila de Fátima Silva Martins

CRIME E LOUCURA: A questão da cidadania dos inimputáveis

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social

Aprovada em 15 de agosto de 2023

Membros da banca

Profª Drª Cristiane Silva Tomaz - Orientadora (Universidade Federal de Ouro Preto)
Profª Drª Sara Martins de Araújo - (Universidade Federal de Ouro Preto)
Assistente Social Flávia Mendes - (Prefeitura Municipal de Ouro Preto)

Cristiane Silva Tomaz, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 29 de agosto de 2023



Documento assinado eletronicamente por **Cristiane Silva Tomaz, CHEFE DO DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**, em 29/08/2023, às 14:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0582566** e o código CRC **FE50CDD4**.

AGRADECIMENTOS

Um dos ciclos mais importantes da minha vida chegando ao fim. Foram anos de muito aprendizado, de vivências diferentes e de novas histórias para contar. Nessa fase, pude perceber o amadurecimento dos meus pensamentos, mudanças nas minhas ideologias e um olhar mais aberto para a vida. Estar na Universidade Federal de Ouro Preto foi um sonho realizado, e eu não poderia deixar de agradecer quem sempre esteve comigo, nos momentos bons e ruins. Gratidão aos meus pais e a minha irmã, minha mãe Nídia, meu pai Jaime, e minha irmã Karina, que sempre me incentivam a ir atrás dos meus sonhos, me apoiam nas minhas escolhas e que são meu alicerce, sem eles nada disso teria acontecido. Gratidão a toda minha família, que é extensa e muito presente em minha vida. Agradeço as novas amizades que fiz em Ouro Preto e Mariana, guardarei as lembranças e as histórias incríveis desses laços e das diversas culturas que pude ter a oportunidade de conhecer. Gratidão a todos os meus professores que tanto admiro e em especial a minha orientadora de TCC, professora Dra. Cristiane Tomaz, por toda paciência e sabedoria passada. Agradeço eternamente a minha supervisora de campo do Estágio Supervisionado, a Flávia Mendes e toda a equipe do CAPS II - Adulto de Ouro Preto, pois, nesses períodos de estágio, pude identificar o que eu gostaria de apresentar no Trabalho de Conclusão de Curso, além de perceber que a área da saúde mental me agregou muito conhecimento e experiências incríveis. Por fim, o sentimento de vencer essa etapa é muito emocionante, diariamente enfrentando lutas para conseguir estar na universidade, em uma cidade nova e longe de casa. Chegar até aqui não foi uma tarefa fácil. Nada disso teria acontecido sem a fé que tenho em Deus. Assim, deixo aqui o meu agradecimento a todos que participaram dessa fase, e que seja só o começo!

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus pais, à minha irmã e à minha família por inteira. Dedico também aos meus amigos e amigas, meus professores, minha supervisora de campo de estágio Flávia Mendes e toda a equipe do CAPS II, que me apoiaram nessa fase tão importante e difícil.

LISTA DE SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
APS – Atenção Primária à Saúde
NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UBS – Unidade Básica de Saúde
HCTP - Hospital de Custódia de Tratamento Psiquiátrico
MJs - Manicômios Judiciários
MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MLA - Movimento da Luta Antimanicomial
CNJ - Conselho Nacional de Justiça
UFOP – Universidade Federal de Ouro Preto
ICSA – Instituto de Ciências Sociais Aplicadas
DESSO – Departamento de Serviço Social

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem o objetivo de abordar os debates contemporâneos acerca da cidadania dos inimputáveis. Para isso, é necessário pautar o processo do tratamento da loucura, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, com crítica ao modelo hospitalocêntrico, os movimentos sociais que impulsionaram a conquista da Política de Saúde Mental, o processo da conquista da cidadania das pessoas com transtorno mental, o contexto dos Manicômios Judiciários/Hospitais de Custódia e a cidadania dos inimputáveis. Considerado o objetivo deste trabalho, optamos por fazer uma revisão bibliográfica como procedimento metodológico. O material de estudo foi dividido em conjuntos, sendo obras bibliográficas, artigos científicos, visando a compreender a visão da academia, um conjunto de legislação, que implementaram a política de desinstitucionalização no Brasil e a reforma dos serviços de saúde mental, visando a compreender as ações do Estado e a participação da sociedade civil e como a cidadania dos loucos foi conquistada. Para a análise do material, utilizou-se uma combinação de leitura bibliográfica com a análise de conteúdo. Contudo, os resultados dos debates apresentados, segundo os autores abordados, são de que a Saúde Mental passou por uma longa jornada que não chegou ao fim, e que esse processo histórico foi responsável pela conquista da cidadania dos loucos. Na análise dos resultados sobre os debates contemporâneos sobre a cidadania dos inimputáveis, identificamos que a cidadania do louco foi uma conquista vinda de lutas intensas por movimentos importantes, como o MTSM e o MLA. Assim, ao relacionarmos essa questão a cidadania dos inimputáveis, nota-se um paradoxo maior ainda, diante do pressuposto que se os loucos enfrentam a discriminação desde os primórdios, os loucos que cometem crime enfrentam uma repressão maior ainda, e assim são privados dos seus direitos universais.

Palavras-chaves: cidadania; inimputáveis; saúde mental.

ABSTRACT

This Course Completion Work aims to address contemporary debates about the citizenship of the unimputable. For this, it is necessary to guide the process of treating madness, the Sanitary Reform and the Psychiatric Reform, with criticism of the hospital-centered model, the social movements that boosted the achievement of the Mental Health Policy, the process of conquest of citizenship for people with mental disorders. mental health, the context of the Judicial Asylums/Hospitals of Custody and the citizenship of the unimputable. Considering the objective of this work, we chose to carry out a bibliographical review as a methodological procedure. The study material was divided into sets, being bibliographic works, scientific articles, aiming to understand the vision of the academy, a set of legislation, which implemented the policy of deinstitutionalization in Brazil and the reform of mental health services, aiming to understand the State actions and civil society participation. For the analysis of the material, a combination of bibliographical reading and content analysis was used. In the analysis of the results on contemporary debates about the citizenship of the unimputable, we identified that the citizenship of the madman was an achievement arising from intense struggles, and when we relate this issue to the citizenship of the unimputable, an even greater paradox is noted, given the assumption that rights such as freedom, political participation, housing, work, education, health are interfered with due to the existing social prejudice towards people who have mental disorders, especially those who commit crimes, who are sent to the Judiciary Asylum without a stipulated sentence period. However, the results of the debates presented, according to the authors addressed, are that Mental Health went through a long journey that did not come to an end, and that it was responsible for the conquest of citizenship of the insane.

Keywords: citizenship; unimputable; mental health.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1. A HISTÓRIA DA LOUCURA E O PROCESSO DA CONQUISTA DA CIDADANIA DO LOUCO..... | 14 |
| 1.1 O louco e a loucura na modernidade..... | 14 |
| 1.2. A assistência psiquiátrica brasileira: a consolidação do modelo manicomial..... | 19 |
| 1.3. O surgimento dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental..... | 25 |
| 1.4. A cidadania do louco..... | 37 |
| 2. CIDADANIA DOS INIMPUTÁVEIS..... | 41 |
| 2.1. Contextualização dos Manicômios Judiciários..... | 41 |
| 2.2. Debate contemporâneo sobre a cidadania dos inimputáveis..... | 46 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 51 |
| REFERÊNCIAS..... | 54 |

INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso foi sem dúvidas o maior desafio encontrado durante a graduação. Isso porque o tema escolhido é escasso de material, de estudos, e não é uma área específica da matriz curricular obrigatória do curso na universidade, além de ser uma etapa totalmente solitária. Mas isso não me surpreendeu, e não me desmotivou. Este TCC trata a respeito dos debates contemporâneos acerca da cidadania das pessoas com transtorno mental, em especial as que estão nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico/Manicômios Judiciários. O tema foi motivado pela experiência de estágio obrigatório realizado no Centro de Atenção Psicossocial II – Adulto (CAPS II), na cidade de Ouro Preto – Minas Gerais.

Apesar de ser uma temática com pouco material para estudos, optamos por fazer tudo o que conseguíssemos, através de revisões bibliográficas, buscamos abordar algumas reflexões existentes sobre o processo da cidadania das pessoas com transtorno mental e principalmente das que se encontram em regime fechado/sistema prisional, com as diretrizes da Lei n. 10.216 que se trata dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

Neste trabalho, inserimos alguns objetivos específicos, sendo: por meio de revisões bibliográficas, contextualizamos de maneira breve a história da loucura desde a antiguidade, abordamos o modelo de assistência psiquiátrica anterior a Reforma Psiquiátrica (RP), com crítica ao modelo manicomial, contextualizamos a história da reforma sanitária e psiquiátrica, a sua consolidação, os movimentos sociais que surgiram para impulsionar a luta da saúde mental, a questão do surgimento dos manicômios judiciários, e principalmente, como objeto do trabalho, a cidadania dos inimputáveis.

Diante a história da saúde mental no Brasil, percebemos alguns marcos que nortearam o atendimento à pessoa com transtorno mental, bem como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, o Movimento da Luta Antimanicomial e o reconhecimento de direitos aos usuários da saúde mental objetivando a desinstitucionalização.

Assim, este trabalho configura-se da seguinte maneira: o primeiro capítulo, contextualiza a trajetória da loucura, como a sociedade e o Estado lidavam com as pessoas que têm transtorno mental; como o louco foi estigmatizado pela sociedade;

o contexto da reforma sanitária e psiquiátrica; os movimentos sociais que foram cruciais para a conquista da política de saúde mental e a cidadania do louco.

O segundo capítulo, apresenta a história do surgimento dos manicômios judiciários (MJs) no Brasil ou chamados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – (HCTP), e o debate sobre a cidadania dos inimputáveis.

A luta pela conquista e preservação dos direitos daqueles tidos como loucos foi um desafio enfrentado por todos que abraçaram essa causa. A relevância social deste estudo dá-se por acreditar que o mesmo possa contribuir para que novos debates desse tema surjam, e que em breve, o louco não seja visto por todos como alguém que não mereça ter uma cidadania. Afinal, a sociedade precisa evoluir principalmente no reconhecimento desses indivíduos como sujeitos de direitos.

1. A HISTÓRIA DA LOUCURA E O PROCESSO DA CONQUISTA DA CIDADANIA

O presente capítulo tem por objetivo apresentar de maneira breve o processo de transformação do conceito de loucura em doença mental, como a loucura era tratada, as iniciativas de modificação das práticas institucionais, o modelo de assistência psiquiátrica antes dos movimentos sociais e a consolidação do modelo manicomial. De maneira breve e crucial, serão discutidos os seguintes temas: a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica, os Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, o Movimento da Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental contemporânea. Este capítulo, possui extrema importância devido ao fato de contextualizar a história do objeto deste trabalho, que é a conquista da cidadania do louco.

1.1. O louco e a loucura na modernidade

Comumente, os chamados “loucos”, “doentes mentais”, são pessoas que além de sofrerem com o transtorno mental, lidam também com a sociedade padronizada e repleta de preconceitos. Até porque, a cultura que instaurou o manicômio originou também as alegações para a sua existência, propagando as inverdades da insegurança e da incapacidade das pessoas com sofrimento mental.

Para iniciar a história da loucura, buscamos o contexto apresentado à população, que de acordo com a elaboração da Linha Guia de Saúde Mental (1ª

edição, 2006, Belo Horizonte/MG), ofertado pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais,

Na Antigüidade e na Idade Média, os chamados loucos gozavam de certo grau de liberdade, muitas vezes circulando e fazendo parte do cenário e das linguagens sociais. É verdade que sempre existiram formas de encarceramento dos loucos; igualmente, desde a Antigüidade, a Medicina se ocupava deles; eram também abordados por práticas mágicas e religiosas; muitos, ainda, vagavam pelos campos e pelas cidades. Contudo, nenhuma dessas formas de relação da sociedade com a loucura prevalecia, variando sua predominância conforme as épocas e os lugares. Apenas a partir do final do século XVIII, instala-se, ao menos na sociedade ocidental, uma forma universal e hegemônica de abordagem dos transtornos mentais: sua internação em instituições psiquiátricas. (Pág. 23. Belo Horizonte, 2006).

Desse modo, no século XVIII, as pessoas em situação de rua, os filhos rebeldes, as prostitutas, os ladrões, os “loucos”, os vagabundos, ou seja, as pessoas que simbolizavam ameaça à ordem social, as leis, entre outras diretrizes, eram levados a um espaço de recolhimento da ordem de marginais, como uma função de hospedaria.

Assim, essas pessoas eram internadas nas casas de correção e nos chamados hospitais gerais. Essas instituições, majoritariamente de cunho religioso, não se propunham a ter função curativa, muito menos de tratamento, que segundo o autor Foucault (1972, pág 116), esse fenômeno era chamado de *Grande Internação*. De acordo com o autor, o trabalho forçado no interior dos hospitais gerais tinha por objetivo mais a repressão do que a produção, visto que a internação buscava administrar a moralidade e educar o ócio. A imposição da disciplina tornava os internos “submissos e exercitados, corpos dóceis” (FOUCAULT, 1995, p. 119).

As principais características dos hospitais se assemelhavam ao modelo prisional, não havia atenção necessária aos loucos, a utilidade médica era não deixar que as doenças contagiosas contaminassem outros internos e suas famílias. Sobre o internamento Foucault (1972, pág. 116) disserta que:

O internamento não tem nenhuma unidade institucional além daquela que lhe pode conferir seu caráter de “polícia”. Está claro que não tem mais nenhuma coerência médica, psicológica ou psiquiátrica — se pelo menos consentimos em encará-lo sem anacronismos. E, no entanto, o internamento só pode identificar-se com o arbitrário aos olhos de uma crítica política. De fato, todas essas operações diversas que deslocam os limites da moralidade, estabelecem novas proibições, atenuam as condenações ou diminuem os limites do escândalo, todas essas operações sem dúvida são fiéis a uma coerência implícita: uma coerência que não é nem a de um direito nem a de uma ciência, mas sim a coerência mais secreta de uma percepção. Aquilo

que o internamento e suas práticas móveis desenham, como em pontilhado, na superfície das instituições, é aquilo que a era clássica percebe da insanidade. (FOUCAULT- 1972, pág. 116).

O louco ainda no século XVIII, não era visto como uma pessoa adoecida, e sim uma pessoa que largou o caminho do “bem”. Por terem decretado a periculosidade dessas pessoas, foi definida a proibição da circulação das mesmas no meio social. E foi logo neste momento que o julgamento de pecadores se tornou um olhar de que os loucos precisavam de tratamento.

Segundo Foucault (1997), a partir da segunda metade do século XVIII ocorreu o isolamento dos indivíduos considerados doentes mentais em asilos especialmente criados para o tratamento da loucura. Esse momento marcou uma transformação no espaço social em que a loucura era situada, pois passou a ser possível tratar as doenças mentais. Esse fenômeno foi impulsionado por um movimento conhecido como movimento alienista, que buscava a criação de hospitais psiquiátricos. Esse movimento propunha um tratamento moral, em que os doentes mentais eram recolhidos em asilos. Esses asilos deveriam apresentar características em sua estrutura física (organização e funcionamento) que permitissem restaurar o equilíbrio dos pacientes mentais. Assim como a desordem não existe sem a ordem, o hospital psiquiátrico e a psiquiatria eram inseparáveis, pois um dependia do outro.

Robert Castel, na primeira obra “A gestão dos Riscos”, demarca que no período anterior ao século XVIII, por exigências de política social, a institucionalização se baseava em casas de correção e hospedaria. Logo, a psiquiatria passou por um processo de firmar-se enquanto conhecimento científico, com a descoberta dos distúrbios e outros tipos de transtornos.

As medidas que foram tomadas para lidar com as pessoas com transtornos mentais eram totalmente repressivas, com o chamado “Tratamento Moral”, estruturado com muitas punições e advertências.

Com o surgimento dos manicômios, segundo Foucault (1997), nenhum tratamento específico para loucura era conferido nesses internamentos, os loucos não recebiam nenhum tipo de medicamento ou tratamento de controle da doença. O que caracterizava os internamentos eram as ações arbitrárias de controle institucional.

Esse internamento era visto como uma prática de proteção em que a população auxiliou na ideologia de exclusão das pessoas insanas à sociedade, e o

internamento aparece como algo desumano e injusto, atribuindo às pessoas a livre responsabilidade sobre si mesmas as quais por terem transtorno mental, não eram responsabilizados por seus atos. Assim, com a revolução burguesa, aprisionar pessoas não seria a solução para a crise, era necessário transformá-las em pessoas ativas no meio econômico (Saúde Mental, 2006, pág 24). Nesta direção, o modelo de internamento foi substituído pelo modelo de asilar e Foucault (1972, pág. 77) salienta que:

(...) fora dos períodos de crise, o internamento adquire um outro sentido. Sua função de repressão vê-se atribuída de uma nova utilidade. Não se trata mais de prender os sem trabalho, mas de dar trabalho aos que foram presos, fazendo-os servir com isso a prosperidade de todos. A alternativa é clara: mão-de-obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. (FOUCAULT, 1972 - pág 77)

Além disso, a doença mental tornou-se um instrumento de lucro, ou seja, uma mercadoria originando a chamada indústria da loucura comentada por Paulo Amarante (1994), citamos no próximo tópico sobre esse instrumento de lucro. Em prol dessa indústria da loucura, vidas foram encerradas, sonhos foram destruídos, inúmeras pessoas foram eletrocutadas e dopadas de medicamentos contraindicados. Segundo a Linha Guia de Saúde Mental,

[...] os manicômios não apenas cresceram enormemente em número, como se tornaram cada vez mais repressivos. O isolamento, o abandono, os maus-tratos, as péssimas condições de alimentação e de hospedagem, agravaram-se progressivamente. (Linha Guia - 2006, Pág 24.).

A psiquiatria nesse período do século XVIII, começa a ser marcada pelo encontro do conhecimento e dedução, em que o processo de internamento ganhou características terapêuticas e médicas. O rompimento com essa simbologia da loucura como algo malévolos iniciou-se após a obra do Philippe Pinel (1745-1826) que estabeleceu a loucura como doença mental. Para ele o louco era um ser que necessitava de cuidados, com tratamento diferenciado e principalmente apoio da sociedade. Foi nesse período que houve avanços importantes na psiquiatria. Assim, o século XIX ficou marcado pela ampliação dos manicômios destinados às pessoas com transtornos mentais.

Desse modo, nessa fase é instituída a doença mental como objeto de estudos e das práticas psiquiátricas. O louco tornou-se representante da periculosidade social, correspondente ao risco, como citado anteriormente. Em resumo, Foucault (1997), disserta que a incorporação da psiquiatria na sociedade ocidental ocorreu durante o período do Iluminismo, no qual a suposta irracionalidade demonstrada pelos indivíduos loucos era vista como uma perturbação da ordem e, portanto, precisava ser controlada e corrigida. Segundo o autor, o surgimento do tratamento psiquiátrico, que teve origem na França após a Revolução Francesa, fazia parte dos planos da nova sociedade baseada em contratos sociais. Nesse contexto, a racionalidade era considerada a única maneira possível de construir conhecimento e organizar a sociedade.

. Em consequência, inicia o cruzamento entre a justiça e o processo de institucionalização dos doentes mentais: a nova ordem institucional e jurídica introduziu novas responsabilidades para o Estado. Nesse contexto, surgiu a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão. A cidadania era considerada um atributo daqueles que eram considerados iguais, racionais e normais, o que excluía os indivíduos loucos, que eram privados de razão, de participar das decisões sociais. (BIRMAN, 1992, pág 74).

Foi nesse cenário que se estabeleceu o primeiro paradoxo entre a loucura e a condição de cidadão, conforme destacado por Birman (1992) em uma perspectiva histórica relacionada à Revolução Francesa. Embora o reconhecimento da cidadania e dos direitos sociais tenha sido estabelecido, os doentes mentais foram excluídos desse reconhecimento, uma vez que eram considerados destituídos de racionalidade e, portanto, precisavam ser assistidos pelo Estado. Dessa forma, o louco foi inserido na nova ordem política como um ser desprovido de razão.

Sendo, portanto, representado como um ser mutilado na sua razão, o louco não poderia exercer a sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade. Enfim, em função de sua alienação fundamental a figura do doente mental não era reconhecida como a de um ser inscrito nos universos da razão e da vontade, não podendo, conseqüentemente, ser representado como um sujeito do contrato social. (BIRMAN, 1992, pág. 74).

Conforme observado por Amarante (2009), em concordância com Birman (1992), a loucura, concebida como alienação, não denotava ausência de razão, mas sim uma contradição interna na razão que impossibilitava seu pleno exercício. Dessa

forma, o indivíduo alienado era aquele cuja razão apresentava essa contradição. Devido à incapacidade de exercer plenamente a razão, o alienado era incapaz de julgar, decidir, discernir, entre outras habilidades. Dentro do paradigma do racionalismo, a liberdade e a cidadania implicavam o direito e a capacidade de fazer escolhas racionais, o que automaticamente excluía aqueles considerados alienados na época. Pode-se afirmar que a exclusão das pessoas com transtornos psíquicos no âmbito da cidadania estava em conformidade com os princípios da modernidade.

A partir do século XX as características da loucura se modificam, as neuroses separadas da psicose e a paranóia da demência precoce, inclusive os casos de depressão grave. Mas, o retorno do indivíduo na sociedade, em qualquer época que seja, acaba sendo para ele, um abismo complexo, pois além do estigma da loucura, agora absorvido em sua vida a dificuldade de criar e manter as relações sociais, que foram extintas durante o período asilar. (AMARANTE, 1994).

1.2. A assistência psiquiátrica brasileira: a consolidação do modelo manicomial

O documento “Hospício D. Pedro II”, da Fiocruz (1996, pág 22), apresenta registros de autores que descrevem que o equipamento para tratar os loucos no século XIX deveria ser construído distante dos grandes centros, em lugares afastados, em um local plano e alto para favorecer a passagem de ar livremente. Com uma divisão entre os doentes por categoria de comportamento em que os mais calmos fossem separados dos mais agitados e violentos, os que eram considerados sem cura dos que provavelmente tinham cura.

Um tal estabelecimento deve ser construído fora das grandes povoações e cidades, num local plano e elevado, e disposto de modo que o ar possa renovar-se facilmente. Deve oferecer separações distintas e suficientes para que os doentes turbulentos e furiosos estejam separados dos tranquilos, os que se acham em tratamento dos insanáveis, os convalescentes de todos os outros; e finalmente os epiléticos, ou os que padecem de alguma moléstia acidental que possa ser danosa aos outros, devem ser separados cuidadosamente.” (FIOCRUZ, 1996, pág. 22).

A assistência psiquiátrica brasileira teve o seu marco institucional com a criação do Hospital Psiquiátrico Pedro II, no ano de 1852, na cidade do Rio de Janeiro. A história da atenção à Saúde Mental encontra sua primeira referência, na legislação brasileira com base no Decreto 82, datado de 18 de julho, cuja ementa

segue: “Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo” (Decreto n. 82., 1841, 18 de julho). Após isso, os anos seguintes ocasionaram a construção de instituições públicas semelhantes no estado de São Paulo, Minas Gerais, Bahia e Pernambuco. No Brasil, desde o início dessa assistência psiquiátrica, toda a ideologia da instituição tendeu a ser de exclusão. (MAMEDE, 2006).

A partir do golpe militar ocorrido em 1964, o Brasil entrou em um período político-institucional marcado por um regime autoritário de exceção. Na década de 1970, o país ainda estava imerso nesse contexto opressivo, no qual os canais de manifestação foram silenciados ou eliminados, impedindo a prática democrática.

Os grandes hospícios públicos estavam mais conceituados, e isso permitiu a chegada da iniciativa privada nesse âmbito da loucura. Com o golpe militar no ano de 1964, até por volta de 1970, expandiram as clínicas psiquiátricas privadas, mas eram conveniadas com o poder público. Segundo Resende (1990), isso gerou a obtenção de um lucro fácil por meio da institucionalização psiquiátrica, fundou-se assim a chamada “Indústria da Loucura”, o extremo aumento de internações em hospitais privados fizeram com que o período fosse denominado por essa chamada. Os leitos psiquiátricos privados saltaram de aproximadamente 14 mil no início da ditadura militar para mais de setenta mil em 1970. Isso aconteceu por conta do chamado milagre econômico que escondeu a um só tempo a precarização das condições e a intensificação do trabalho, tendo como consequência um maior adoecimento da classe trabalhadora; e esconde a política de privatização da época (enriquecendo empresários donos das instituições, financiadas com dinheiro público).

A seguir, apresentaremos uma reportagem do jornal “O Estado de São Paulo” de 29 de julho de 1982 que traz uma denúncia da situação no hospital Casa de Saúde Dr. Eiras. Este hospital psiquiátrico já foi considerado o maior da América Latina. São descritos as condições terríveis nas quais se encontrava e o número alarmante de mais de 4.000 pacientes por mês. Salta aos olhos que o local era dirigido por um ex-ministro da Saúde e há algumas denúncias do uso do local como prisão política.

Sindicato protesta e denuncia “indústria da loucura” no Rio

Da sucursal do
RIO

A existência de uma “indústria da loucura”, destinada a manter pacientes internados eternamente em hospitais da rede particular, mas mantidos pela Previdência Social, foi denunciada ontem pelo presidente do Sindicato dos Médicos do Rio, Roberto Chabo. De acordo com a denúncia, pessoas que sofrem de simples neuroses são mantidas nesses hospitais, drogadas à base de medicamentos, e se um parente não retirá-las permanecerão internadas até morrer à custa do Inamps.

A revelação foi feita durante uma entrevista coletiva em que o Sindicato dos Médicos protestou contra a transferência do posto de atendimento médico-psiquiátrico da avenida Venezuela, no centro da cidade, para o Hospital Psiquiátrico Pedro II, no subúrbio do Engenho de Dentro. Essa transferência deverá ser feita pelo Inamps em agosto e o sindicato entende que isso irá dificultar o acesso de pacientes das classes pobres, principalmente moradores da baixada fluminense, e, em consequência, beneficiar casas de saúde particulares que mantêm convênios com o Inamps. O presidente do Sindicato dos Médicos citou que o posto da avenida Venezuela recebe 4.500 pacientes por mês, quase todos pessoas pobres que vêm da baixada fluminense e têm acesso fácil ao local, graças aos terminais de ônibus e de trem.

Durante a entrevista, que reuniu médicos do posto a ser desativado, foi denunciada a Casa de Saúde Dr. Eiras, em Paracambi, na baixada fluminense, dirigida pelo ex-ministro da Saúde Leonel Miranda. A Dr. Eiras, segundo as denúncias, possui, quatro mil leitos pagos pelo Inamps, mantendo os pacientes como “zumbis”, drogados o dia inteiro.

Roberto Chabo disse que medicamentos caros e perigosos, que criam dependência psíquica e não são achados em postos do Inamps, são encontrados nas casas de saúde que mantêm convênio com a Previdência, o que estimula os pacientes a procurarem essas clínicas particulares. Destacou que ninguém procura apurar por que o medicamento falta nos ambulatórios do Inamps.

Na Casa de Saúde Dr. Eiras, ainda de acordo com as denúncias, os pacientes chegam a tomar até 20 comprimidos por dia — cinco de cada vez — e tornam-se dependentes, não conseguindo mais a cura, a não ser que algum parente seja alertado para o problema e consiga retirá-lo do hospital.

O presidente do Sindicato dos Médicos salientou que casos simples e comuns nos grandes centros urbanos, como neuroses e desajustes, constituindo a maioria dos problemas dos segurados da Previdência, deveriam ser tratados em ambulatórios, sem internações, para não afastar os pacientes das famílias, que acabam sendo levados para clínicas onde têm a saúde agravada. A não recuperação, segundo ele, implica, muitas vezes, responsabilidade para os médicos sem que os parentes saibam da existência de um sistema mantenedor da pessoa doente.

Enquanto isso, o Inamps informava que, com o processo de co-gestão, os hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde (Pinel, Colônia Juliano Moreira e Centro Psiquiátrico Pedro II) passaram a ser utilizados como próprios do Inamps e que a mudança do Pronto-Socorro Psiquiátrico da avenida Venezuela para dependências do Centro Psiquiátrico Pedro II (Engenho de Dentro) está dentro do processo de reativação e qualificação deste centro, “oferecendo ao mesmo tempo melhores instalações para o trabalho de equipe médica e atendimento dos pacientes”.

Santa Casa de Santos decide empréstimo

Da sucursal de
SANTOS

O Conselho-Geral da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos reúne-se hoje à noite, em segunda convocação, para examinar a proposta da sua Mesa Administrativa, que pretende efetuar um empréstimo no Exterior acima de 15 milhões de dólares — quase Cr\$ 3 bilhões — para recuperar as finanças e imprimir nova filosofia administrativa no hospital, no sistema das empresas holding.

Os planos do provedor, inicialmente considerados “um ovo de Colombo” e classificados por alguns conselheiros de “sonho das mil e uma noites” têm, segundo informações divulgadas, o objetivo de transformar a Santa Casa num luxuoso hospital, com apartamentos equipados com TV em cores e outros supérfluos de alto custo.

Os projetos de Bento Crohs, provedor da Santa Casa, não foram revelados na sua totalidade, mas são conhecidos por parte de alguns membros do Conselho Deliberativo. O Conselho-Geral, órgão máximo da Irmandade, desconhece esses projetos, e, devido aos problemas que a Santa Casa enfrenta e o descrédito a ela incorporado, não conseguiu número legal, na primeira reunião, segunda-feira última. No encontro de hoje será possível a obtenção de número, porém é duvidosa a aprovação do projeto da Provedoria.

Durante os 21 anos de ditadura militar, a saúde não era considerada um direito universal. A política dominante consistia em incentivar a privatização da saúde, como evidenciado por Yasui (2006). De acordo com o autor, durante o período da ditadura houve uma diminuição significativa da intervenção direta do Estado no atendimento à população, sendo substituída pela rede privada. A assistência médica pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1974, estava disponível apenas para aqueles com carteira de trabalho assinada, deixando os demais fora dessa cobertura a buscar

atendimento em instituições filantrópicas ou privadas, enquanto os mais pobres eram tratados como indigentes.

Embora o INAMPS oferecesse atendimento, grande parte dele ocorria em clínicas privadas, uma vez que o governo federal repassava recursos a essas instituições em vez de investir na saúde pública. Dessa forma, ocorreu um processo de drenagem dos recursos públicos, beneficiando as empresas de medicina privada e transformando a saúde em um negócio lucrativo, conforme citado anteriormente. (YASUI, 2006, pág. 26).

Diante desse cenário, o Brasil de fato conduziu uma análise comparativa dos dados relativos ao acesso à saúde durante o período da ditadura em relação à situação atual, com o objetivo de desmistificar a ideia comum de que o atendimento era bom naquela época. A seguir, apresentaremos alguns gráficos dessa comparação segundo a Fiocruz e o portal da transparência do Governo Federal:

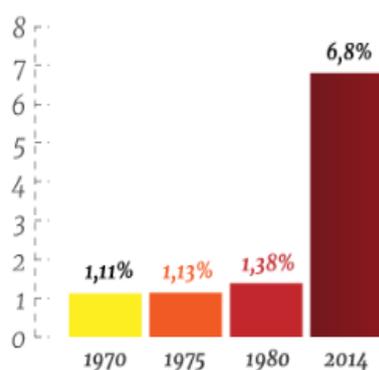
Saúde virou negócio

Distribuição do orçamento da saúde



*Fonte: Fiocruz
*Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal

Investimentos em saúde (em relação ao PIB)



Este modelo de assistência à saúde mental assentado na segregação foi adotado no Brasil até o final do século passado, exatamente neste período marcado pela ditadura militar, em que cresceu consideravelmente o número de hospitais particulares. O Estado financiava esses hospitais com fins lucrativos que mantinham as pessoas excluídas da sociedade. (Linha Guia, 2006, pág 31).

Desviat em sua obra “A Reforma Psiquiátrica” (1999), proporciona base teórica para a compreensão desse fenômeno, expressando que há determinações econômico-políticas relacionadas ao enclausuramento da loucura. Em momentos de crise econômica, a psiquiatria é acionada para controlar desordens, excluir os que incomodam e manter a ordem produtiva, além de geralmente ser acompanhada de outras leis repressivas. Foi assim na “Grande Internação” (citada no primeiro tópico), na passagem do feudalismo à sociedade capitalista, como traz Foucault em “A História da Loucura”, foi assim no Brasil, na passagem da Colônia ao Império, bem como no aprofundamento liberal da ditadura militar.

Os manicômios, embora no início, idealizados para oferecer um tratamento melhor aos usuários, sempre foram instituições que desonravam a natureza humana, visto que, neles, não só abrigavam os insanos e sim pessoas indesejadas socialmente, inclusive pessoas que não tinham nenhum transtorno mental e que, com o passar do tempo, com o convívio e tratamento desumano dado aos usuários, adquiriram tais doenças.

Segundo o documento da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 1986, pág 20), no Rio de Janeiro, por volta de 1889, após o firmamento de uma legislação sanitária e da criação de faculdades de Medicina no Rio e na Bahia, através dos higienistas, passou-se a exigir, condições melhores de tratamento as pessoas que sofrem com transtorno mental. Antes, os chamados loucos, rebeldes, violentos, eram mantidos em forma de aprisionamento sob a guarda das famílias, levados às casas de saúde apropriadas, às cadeias ou para precárias enfermarias, assim, não havia condições para comportar todos.

Os números crescentes de internação nos manicômios na década de 1950 a 1970 chegaram a 213%, uma média de crescimento muito maior do que a da população brasileira, como aponta Cerqueira (1984). Segundo a Linha Guia de Saúde Mental de Minas Gerais,

No final dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados conveniados ao

SUS, concentrados principalmente no Rio, em São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras outras alternativas de assistência – mesmo as mais simples, como o atendimento ambulatorial. (Saúde Mental, 2006, pág. 30).

A exemplo desses números apresentados acima, segundo Branco (2015), podemos contextualizar a fase em que as pessoas que não atendiam aos interesses políticos das classes dominantes, poderiam ser encaminhadas para o Hospital de Barbacena em Minas Gerais, que citaremos no próximo parágrafo. Essas pessoas eram oprimidas e retiradas do convívio em sociedade, tinham suas vidas baseadas no sofrimento sem nenhuma perspectiva de retorno à liberdade e aos direitos humanos, submetidas às formas mais perversas de tratamento, das quais nunca foram comprovadas a eficácia, como exemplo o método de Lobotomia e o Eletrochoque.

O Hospital Colônia de Barbacena – MG, fundado em 1903, é considerado o maior manicômio do Brasil, com capacidade para 200 leitos e abrigava em média 5.000 mil pacientes no ano de 1961. Isso mostra a ineficiência sobre a perspectiva de transtorno mental, no sentido de que esse número de pacientes aumentava juntamente com o número de mortes, sem nenhum tipo de intervenção ou até mesmo olhares para esse cenário catastrófico. O hospital recebia pacientes de vários estados do Brasil. Assim, chegavam na cidade de Barbacena através do trem de ferro, com vagões lotados de pessoas, cuja condição desumana fez surgir a expressão "trem de doido". Entre as décadas de 1960 e 1980, registrou-se sessenta mil mortos no Colônia. Este foi um dos resultados do tratamento manicomial no Brasil. (BRANCO, 2015).

Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia. Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. (ARBEX, 2013, pág. 113).

O Hospital de Barbacena durante muitos anos foi responsável pela morte de diversas pessoas, em números assustadores. Houve também, mortes que não eram apuradas, não se tinha um responsável que buscasse um culpado ou até mesmo o motivo da perda, era apenas mais um cadáver e menos um louco, como se a solução para a cura da loucura fosse a morte. Assim, Foucault (2001), chamou de

“emergência das técnicas de normalização” que são os poderes não pautados no saber médico, judiciário e político, mas que se caracteriza pelas regras próprias desse tipo de instituição, ou seja, uma lei própria. Foi um período marcado por várias violações de direitos contra diversas pessoas consideradas loucas.

Nessa conjuntura, nos anos 1970 para 1980, emergiram movimentos sociais nas grandes cidades, especialmente nas periferias, voltados para a luta pela redemocratização e por melhores condições de vida. A identificação de interesses coletivos compartilhados permitiu a organização em torno de questões cruciais para as necessidades diárias, como custo de vida, transporte, moradia, saneamento básico e saúde. (YASUI, 2006, pág. 24-25).

1.3. O surgimento dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental

No contexto de busca pela redemocratização, surge a Reforma Sanitária, que propõe a transformação das condições de saúde da população e critica um modelo de assistência à saúde repleto de contradições e injustiças, como citado no tópico anterior.

Em concordância com Yasui, Ianni (2014, pág. 2299) destaca que a Reforma Sanitária foi um movimento social fundamentado em um: “[...] um conjunto de ideias sobre as mudanças e transformações necessárias na área da saúde [...] direcionado à democracia, ao amplo acesso aos serviços de saúde e preocupada com a exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde, que eram tomadas exclusivamente pelos governos autoritários”.

Dessa forma, iniciado durante o período de transição democrática nos anos 1970, o movimento sanitarista não apenas lutava por reformas no sistema de saúde, mas também contra o regime militar.

Uma atenção à saúde efetiva dependia de um sistema de saúde democrático, viável somente em um regime democrático. O movimento tem, assim, como princípio o reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado através de um sistema de saúde universal e equânime (LOBATO, 2000, pág.17).

Segundo Teixeira (1989), a expressão "Reforma Sanitária" foi utilizada pela primeira vez no Brasil durante os debates que antecederam a VIII Conferência

Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986. Os participantes dessa conferência adotaram o termo para descrever um movimento que buscava mudanças e transformações no setor da saúde, baseado na compreensão de que a reforma é resultado da melhoria das condições de vida da população. Esse movimento social emergiu como parte da luta contra a ditadura e contou com a participação de diversos setores da sociedade, incluindo profissionais dos serviços públicos, professores, estudantes universitários, membros do movimento sindical e líderes do novo movimento urbano. Todos eles compartilhavam a visão de que a saúde é um direito social fundamental e que o desenvolvimento da cidadania é essencial para o Estado Moderno.

Portanto, compreender a saúde como um bem público implica na busca pela universalização do direito à saúde. Assim, a Reforma Sanitária almejava um regime democrático, que consolidasse a cidadania no país, junto com um modelo de proteção social que garantisse o direito à saúde integral. Gastão (2007), esclarece que:

O movimento sanitário articulou-se também para o 'lado' e para 'cima'. Ainda durante os anos oitenta, participantes do movimento aproximaram-se de políticos, deputados constituintes e de gestores públicos, influenciando-os quanto à legislação e ao ordenamento legal do sistema (...) a motivação de amplo segmento do movimento sanitário era política, e o trabalho na saúde era utilizado como uma tática para enfrentamento contra a ditadura, de onde, é provável, ganhou relevância o lema que juntava 'saúde e democracia'. (GASTÃO, 2007, pág 1869).

Em 1986, segundo Gastão (2007), a VIII CNS reuniu mais de cinco mil representantes e conseguiu unificar diferentes tendências políticas representadas por numerosos grupos que discutiam um novo modelo de saúde para o Brasil. Além disso, por meio de uma emenda popular, foi assegurado na Constituição que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Com isso, o movimento sanitário ingressou no processo constituinte com propostas concretas.

O Movimento da Reforma Sanitária, em conjunto com o amplo movimento pela redemocratização do Brasil, exerceu uma grande influência na Assembleia Constituinte Brasileira de 1988, resultando em conquistas significativas, como a criação do SUS- Sistema Único de Saúde, que foi uma conquista significativa no contexto da saúde mental. Em consonância com esse processo, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surge a partir da mobilização dos trabalhadores da saúde

mental que começam a trilhar um caminho muito próximo, unindo-se à luta pela redemocratização. (PAIM, 2007, pág. 151).

Assim como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica também se configura não apenas como uma mudança em um subsetor específico, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um espaço de conflitos e disputas, onde se encontram o individual e o social, o eu e o outro. É também um campo de confrontação, onde ideias de liberdade, autonomia e solidariedade se opõem ao controle e segregação, inclusão e exclusão, afirmação da cidadania e negação dela. É um campo de lutas políticas e ideológicas que envolve militância, protagonismo, negociações, articulações e pactuações. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político impregnado de ética e ideologia, e o processo de sua construção está intrinsecamente ligado à luta pela transformação da sociedade. (YASUI, 2006, p. 26).

Para Amarante (1998), após o término da Segunda Guerra Mundial, surgiram na Europa e nos Estados Unidos os primeiros movimentos que visavam transformar o modelo psiquiátrico predominante. Com a reconstrução dos países no pós-guerra, os hospitais psiquiátricos passaram a ser criticados devido ao tratamento excludente e violento que ofereciam, sendo comparados, em alguns casos, aos campos de concentração nazistas. Diante dessa realidade, surgiram diversas iniciativas que buscavam modificar as práticas institucionais. Essas iniciativas podem ser divididas em dois grupos: o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), aqueles que propuseram uma reformulação dos fundamentos teórico-assistenciais da saúde mental e o rompimento com as estruturas asilares tradicionais.

De acordo com Amarante (1998), inicialmente, houve uma crítica à estrutura asilar devido à alta taxa de cronificação dos pacientes. No entanto, ainda se acreditava que o manicômio tinha potencial para ser uma instituição de cura e propunha-se resgatar seus aspectos positivos por meio de uma reforma na organização psiquiátrica. Em um segundo momento, percebeu-se que o tratamento psiquiátrico deveria se estender para além das instituições e alcançar o espaço público. Portanto, tornou-se necessário organizar o sistema com o objetivo de prevenir doenças mentais e promover a saúde mental de forma abrangente.

A década de 1970 é marcada por uma série de denúncias e diversas críticas a respeito da situação precária e desumana em que viviam as pessoas consideradas

loucas e internadas nos manicômios. Um movimento composto por vários segmentos sociais que se organizaram nessa época, que foi o movimento pela redemocratização do país. Neste contexto, segundo Cézár Campos, o importante MTSM - Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental começou a ganhar vida no cenário da Reforma Sanitária: os trabalhadores da área se juntaram, apontando os problemas graves dessa estrutura de assistência psiquiátrica no país, além disso, propuseram outras maneiras de atuar no trabalho e na assistência que conseguissem cessar com esse modelo. (Saúde Mental, 2006, pág. 30). Adiante, nos próximos parágrafos, apresentaremos elementos importantes do MTSM.

Para o autor Amarante (2007), o pós-guerra foi um período importante em amplas áreas, devido ao cenário histórico mundial, inclusive para a estruturação da Reforma Psiquiátrica contemporânea. Foi uma fase de atualização das críticas e modificações do modo de instituição asilar, surgindo a experiência das comunidades terapêuticas¹. A trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber e a prática psiquiátrica.

Naquele período, foi crucial o diálogo com os movimentos dos outros países, em especial com a importante trajetória italiana da psiquiatria democrática, que citaremos neste tópico.

Antes de abordarmos o contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, é importante revisarmos as construções técnicas que o autor Franco Basaglia proporcionou neste marco histórico. O autor foi o psiquiatra responsável pelos primeiros movimentos no mundo da luta antimanicomial, que ocorreu na Itália, em um contexto da reforma sanitária italiana, por volta do ano de 1978. Basaglia é considerado um dos maiores intelectuais italianos do pós-guerra.

Na Itália, o movimento de desinstitucionalização teve início na década de 1960, impulsionado pela crítica aos hospitais psiquiátricos que eram vistos como instrumentos de violência e exclusão social. Basaglia, considerado precursor desse movimento, lutou pela desconstrução dos hospitais psiquiátricos, rotulando-os como

¹ As Comunidades Terapêuticas surgiram na Inglaterra, após o final da Segunda Guerra Mundial, como uma reação ao modelo tradicional do asilo psiquiátrico. O conceito de comunidade terapêutica apareceu na Inglaterra, entre o final dos anos 1940 e início dos anos 1950, baseado no modelo concebido pelo psiquiatra sul-africano Maxwell Jones (1907-1990). Posteriormente, o movimento das comunidades terapêuticas espalhou-se pelo mundo, chegando à América Latina e ao Brasil, onde teve grande repercussão nas décadas de 1960 e 1970. As comunidades terapêuticas apareceram como um modo de reorganização hospitalar, empregando certa leitura da psicanálise como instrumento de tradução das relações institucionais, que passam a ser entendidas como uma pequena comunidade humana, formada por pacientes e técnicos, no espaço de convivência das enfermarias psiquiátricas. (<https://madinbrasil.org/>).

"instituições da violência". Ele argumentava que dentro dessas instituições, a violência e a exclusão eram e ainda são justificadas sob a premissa de serem necessárias para fins educativos. Essa proposta de desconstrução do conhecimento psiquiátrico recebeu influência dos trabalhos de Goffman e Foucault. (BASAGLIA, 1974).

Franco Basaglia, apesar de ter nascido em uma família rica e fascista, ao entrar na Faculdade de Medicina da Universidade de Pádua, iniciou a sua participação em grupos de estudantes antifascistas e juntou-se à Resistência. Em meados de 1958, o autor conseguiu a livre-docência em psiquiatria. Além disso, durante esse período, houve a realização de diversos estudos científicos, trabalhos escritos e publicados, participação em congressos e conferências sobre variados transtornos mentais. (SERAPIONI, pág 1173, 2018).

Basaglia começou a se aproximar da filosofia de uma maneira que ele tentava conciliar a psicopatologia tradicional com a psiquiatria antropofenomenológica. E assim, notou o atraso da psiquiatria Italiana. O número de internações nos manicômios naquela época era alto. (SERAPIONI, pág 1172, 2018).

Com o apoio de uma perspectiva da fenomenologia, Basaglia buscou reconstruir o pensamento científico voltado para a psiquiatria. Isso porque,

“[...] a realidade encontrada no manicômio de Gorizia impôs a superação até mesmo da fenomenologia. O choque com a realidade foi duríssimo e levou Basaglia a começar um processo de humanização do manicômio. As experiências baseadas na comunidade terapêutica, marcada por princípios éticos e democráticos, revelaram uma realidade complexa e contraditória.” (SERAPIONI, 2018, Pág. 1177).

A vivência no manicômio ocasionou inquietações ao entender que os usuários com problemas mentais eram totalmente excluídos da sociedade, majoritariamente eram pobres e com acúmulo de sofrimento psíquico, ou seja, pessoas sem nenhum tipo de cidadania.

O movimento anti-institucional passou por diversos momentos, mas para Colucci e Di Vittorio (2001), a virada de chave dessa luta e do desenvolvimento da psiquiatria, teve suas facilidades por conta de alguns fundamentos:

[...] por dois fatores importantes: a inovadora e original experiência de comunidade terapêutica levada a cabo no hospital psiquiátrico de Gorizia e o encontro com a perspectiva histórica (Michel Foucault) e sociológica (Erving Goffman) da doença mental, que tem permitido suspender e colocar

entre parêntesis, criticamente, a instituição asilar e a verdade sobre a doença mental.(COLUCCI E DI VITTORIO, 2001, p.)

A partir do momento que Basaglia é chamado para dirigir o Hospital Psiquiátrico de San Giovanni, em 1971, foi-lhe garantido apoio político no projeto da reestruturação da área psiquiátrica. Assim, o Basaglia formou a sua equipe que inclusive deu suporte no treinamento, e iniciou seu objetivo de tornar o tratamento menos opressivo às pessoas que estavam internadas, fazendo o possível para garantir os direitos humanos básicos.

[...] foi necessário construir uma comunidade terapêutica no território em que as doenças se produzem e se espalham. Nesse período foi formada uma cada vez mais numerosa equipe e foi promovida uma interessante estratégia criativa e simbólica, utilizando o teatro de rua e outras performances artísticas.(BASAGLIA, 2018 - Pág. 1180).

Logo após essa experiência ter comprovado a sociedade que é possível tratar sem oprimir, os anos se passaram e as conquistas foram chegando, como o reconhecimento legal da Cooperativa dos Trabalhadores e a confirmação de um modelo à saúde indicado pela OMS - Organização Mundial de Saúde.

Já em 1978, a Lei 180, conhecida como Lei Basaglia, foi aprovada pelo Parlamento Italiano no dia 13 de maio. Nela foi decretado o encerramento dos hospitais psiquiátricos da Itália, que na época existiam cerca de 98 manicômios e aproximadamente 100 mil pessoas internadas. Logo após esse marco, as pessoas com problemas de saúde mental passaram a ter direitos constitucionais, e o tratamento da saúde foi alterado. Conforme estabelece a referida lei: “[...] as intervenções de prevenção, tratamento e reabilitação relacionadas às doenças mentais são normalmente implementadas por serviços psiquiátricos extra-hospitalares”. (ITÁLIA, 1978).

Esse momento foi histórico no âmbito social e político. Por isso, Basaglia tem um papel fundamental no avanço da luta antimanicomial. Tanto pelo pensamento, quanto pela incansável batalha para esse avanço da medicina, das políticas sociais e dos direitos humanos.

De acordo com Rotelli (1990), o fator de extrema importância para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Italiana foi a participação dos profissionais técnicos na desinstitucionalização. Isso ocorreu por meio de um trabalho diário desenvolvido dentro das instituições, envolvendo não apenas os pacientes, mas

também a comunidade local, a opinião pública e os atores políticos institucionais. O objetivo era promover a comunicação e a solidariedade, em oposição ao que era objetivo da psiquiatria tradicional, que tratava a loucura apenas como uma questão médica. Com base nesses princípios fundamentais, a desinstitucionalização direcionou sua atenção para o cuidado do sofrimento em vez de buscar a cura como solução definitiva. Priorizou-se, assim, a restauração dos direitos e da cidadania.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é um processo que surge mais concreto e, principalmente, em fins da década de 1970, tendo como fundamento uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental e, principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas. (AMARANTE, 1995).

O país estava imerso em um contexto de abertura política, reorganização sindical e partidária, bem como movimentos pela anistia. Esses elementos criaram o cenário político propício para os movimentos sociais e a luta por maior participação social. No âmbito da saúde, merece destaque o processo de mobilização promovido pelo Movimento pela Reforma Sanitária citado no início deste tópico, que foi caracterizado pela organização dos profissionais progressistas da área de saúde pública, que levantaram a discussão sobre a relação entre a prática de saúde e a estrutura da sociedade. Foi nesse momento que no contexto específico da saúde mental, surgiram demandas em relação à normalidade de violência e segregação dentro das instituições psiquiátricas e até mesmo na sociedade. (BRAVO, 2006, pág. 32).

A mudança das décadas de 1970 para 1980 foi marcada pela urgência dos novos movimentos sociais. Diante as mudanças políticas e econômicas resultantes da ditadura, que levaram ao fechamento das formas de expressão e dos meios de negociação de interesses e conflitos, a sociedade passou a criar categorias de reivindicação voltadas para questões de saneamento, habitação, raça e gênero. (BRAVO, 2006).

Segundo Amarante (1998), nessa fase, inicia-se o movimento e a mobilização dos profissionais da área da saúde mental e dos familiares dos usuários com transtornos mentais. A Reforma Psiquiátrica teve como objetivo questionar e desenvolver propostas de transformação do modelo de assistência psiquiátrica. No Brasil, de acordo com Amarante (1998), essa reforma se enquadrou no contexto da

luta pela redemocratização, citada anteriormente. Esse movimento foi constituído principalmente pelo Movimento do Trabalhador em Saúde Mental (MTSM).

Tomaz (2009) apresenta em sua dissertação que para o autor Vasconcelos (2000, p.24), os objetivos políticos do MTSM eram: "(...) a não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados (...); regionalização das ações em saúde mental (...); controle das internações na rede conveniada de hospitais psiquiátricos privados (...); expansão da rede ambulatorial em saúde (...); humanização e reinserção social dentro dos asilos estatais (...)" .

Amarante (1998) divide a trajetória do MTSM em três fases:

Alternativa – essa fase é o início do movimento, que ocorre no final da década de 70 e, como já foi dito, coincide com o princípio do processo de redemocratização do país. É um período muito influenciado pelas teorias de Foucault, Goffman, Castel e Bastide, quando começa a se delinear um pensamento crítico em relação à função social da Psiquiatria.

Sanitarista – essa trajetória se inicia na década de 80 e se caracteriza pelo abandono das propostas iniciais do MTSM, que reconhecia a medicina como um dispositivo de controle social, opondo-se à concepção da existência de uma ciência neutra. Em suma, o movimento assume uma postura menos crítica ao enfatizar a ideia de uma articulação entre a medicina, o planejamento público e a administração pública. Com essa perspectiva, o movimento vai ganhando força e realiza em 1983, em Belo Horizonte (MG), o Encontro Brasileiro da Rede de Alternativas à Psiquiatria e, posteriormente, em 1985, em São Paulo (SP), o I Congresso de Trabalhadores de Saúde Mental de São Paulo.

Desinstitucionalização – a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, é apontada como o fim da trajetória sanitaria e o início da desinstitucionalização. Nesse período, ocorre uma renovação teórica e política dentro do movimento, que procura formas de organização mais independentes, distanciando-se do Estado e aproximando-se da sociedade civil, estimulando sobretudo a participação e a organização de entidades formadas por usuários e familiares.

De acordo com Amarante (1992), a Reforma Psiquiátrica deve ser entendida como um conjunto de transformações que afetam as práticas, os conhecimentos e os valores socioculturais no cotidiano da vida, instituições, serviços e relações interpessoais. Seu principal objetivo é superar a estrutura física e ideológica dos hospitais psiquiátricos. Para isso, busca desconstruir a lógica manicomial, eliminar a violência institucional e criar um novo espaço social para o tratamento da loucura, proporcionando aos indivíduos com transtornos psíquicos a possibilidade de exercer a cidadania por meio da reinserção social.

A história da psiquiatria é a história de uma apropriação, de um seqüestro de identidades e cidadania, de um processo de medicalização social, de discriminação, de inscrição de amplos

segmentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia a violência (AMARANTE, 1992, pág. 104).

Segundo Rotelli (1990), os processos da Reforma Psiquiátrica abrangem diversos campos do cenário social. Primeiramente, há o campo teórico-conceitual, que engloba a desconstrução e a reconstrução da epistemologia psiquiátrica. Em seguida, temos o campo técnico-assistencial, que se concentra na criação de serviços e práticas de acolhimento e cuidados, mas não se limita a isso. Esse campo também está relacionado à construção de espaços de sociabilidade, trocas e promoção do bem-estar psíquico. Além disso, temos o campo sociocultural, que engloba as mudanças sociais decorrentes desse movimento de transformação da assistência psiquiátrica, além disso, abrange o campo jurídico-político, que envolve a dimensão do exercício da cidadania dos indivíduos com transtornos mentais, que é o ponto crucial deste trabalho.

O processo da Reforma Psiquiátrica não propõe simplesmente uma reorganização das técnicas e das instituições. Representa essencialmente um repensar da loucura e seu lugar na sociedade. A Reforma teorizou a condenação dessa estrutura de exclusão e propôs um novo registro social para os doentes mentais. Seu ponto de partida baseou-se em uma crítica ao tradicional modelo manicomial, que representa um passado de isolamento, de violência e de diversos estigmas. (AMARANTE, 1995, pág 105).

Claramente, algumas tendências e evoluções na saúde mental surgiram a partir daí. O segundo encontro nacional dos trabalhadores da saúde mental, realizado em Bauru, em 1987, juntamente com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, criou o famoso slogan das comunidades sem asilo, “Por uma sociedade sem manicômios”, abriu caminho para o nascimento do MLA ou seja, na segunda metade dos anos 80, o MTSM passou por uma transformação e evoluiu para se tornar o MLA. (Saúde Mental, 2006, pág. 31).

Para a Reforma Psiquiátrica brasileira, a partir do MLA, a ideia não era somente sobre a desospitalização ou a destruição dos asilos, mas a intenção principal era a de dismantelar o modelo manicomial, o que significa superar o conceito de doença mental e criar novas práticas. Conforme destacado por Amarante (1995), o propósito fundamental da Reforma Psiquiátrica é o processo de reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais fora do ambiente hospitalar. Essa abordagem visa ampliar

a autonomia dos pacientes na sociedade, buscando, desse modo, uma transformação nas formas de lidar com a loucura. (AMARANTE, 1995, pág 105).

Segundo Tomaz (2009):

Contudo, o MTSM ao se separar daqueles objetivos propostos pelo Movimento Sanitário, assumiu o lema Por uma Sociedade sem Manicômios. Isto quer dizer que, para o movimento não bastava a humanização do manicômio. Naquele período, para os militantes que assumiram a luta contra os manicômios, para que de fato houvesse uma mudança na condição em viviam os loucos, se fazia necessário uma transformação maior tanto da concepção sobre a loucura quanto das práticas em saúde mental. Por isso, o MTSM transformou-se no Movimento da Luta Antimanicomial. (Tomaz, 2009, pág 100).

Resumidamente, em decorrência desses eventos, o surgimento do Movimento da Luta Antimanicomial com base no MTSM, apresenta três objetivos em comum: reformar o modelo de saúde mental com foco na psiquiatria, evitar a exclusão das pessoas em sofrimento psíquico e garantir seus direitos como cidadãos.

No processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, realçou uma relevante singularidade, que inclusive foi reconhecida por autores importantes de outros países, como o psiquiatra espanhol Manoel Desviat e o italiano Ernesto Venturini: o empenho das pessoas civis, especialmente através da organização de usuários, técnicos e familiares da luta antimanicomial. Enfatizando a responsabilidade da sociedade civil com uma questão solidária da loucura. (Saúde Mental, 2006, pág. 32).

No entanto, apesar das dificuldades, a mobilização social para estabelecer diretrizes políticas claras no campo da saúde mental fortalece a efetivação de uma reforma psiquiátrica efetiva criando um ambiente social no qual a loucura encontra seu lugar. (Saúde Mental, 2006, pág. 32).

Visto que a questão da loucura tem questões que vão além do saber exclusivo da psiquiatria, para compreender a vida cultural de uma sociedade, a Reforma, segundo Amarante (1995), teve o objetivo de adquirir o desvinculo de saberes e práticas processadas em torno do objeto doença mental. Ou seja, o desejo era de criar uma nova forma de a sociedade lidar com a loucura. Para alcançar esse objetivo, a ideologia reformista precisou compreender que só seria possível realizar tal transformação com o fundamento de mudanças sociais mais expansivas, de modo que acabassem com as estruturas do modelo manicomial. Assim, a direção ideal para isso seria o meio político e não técnico.

Uma referência determinante daquela época foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, ocorrido no ano de 1979, na cidade de Belo Horizonte. Com a presença de convidados internacionais de cunho significativo de Franco Basaglia e Robert Castel, e a participação de usuários, familiares, sindicatos, jornalistas, ou seja, a organização expandiu-se para além do campo dos profissionais da Saúde Mental, incluindo assim, a opinião pública da sociedade brasileira. (Saúde Mental, 2006, pág. 30).

Ao pensar nesse processo de transformação, como principalmente político, a RP no Brasil iniciou processos de lutas por meio desses movimentos sociais e políticos em busca da desconstrução das práticas presentes na psiquiatria e em prol do olhar para a cidadania do louco. Assim sendo, surge o projeto de Lei “Paulo Delgado” 3.657/89, que: “Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.”

O MLA ficou em constante evolução, agregando novos membros, principalmente os usuários e os familiares, fazendo-se um legítimo movimento social a partir da década de 1990. Essa força, junto com outros parceiros, impulsionou o Estado brasileiro a implementar política pública de saúde mental, o que tem sido um ganho significativo. (Saúde Mental, 2006, pág. 31).

Após as constantes lutas em favor da reforma, o Congresso Nacional sancionou a Lei n. 10.216 no dia 6 de abril de 2001 pelo presidente da República. Essa Lei tem o objetivo legislativo de promover os direitos e proteção das pessoas com transtornos mentais: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.”. Ou seja, cria-se uma busca da reinserção social do doente mental através do tratamento comunitário pelo serviço da saúde e da saúde mental. Conforme Tomaz (2018 p.37)

Neste processo em curso, em 1989, o então Deputado Paulo Delgado apresentou um projeto de lei que previa, em especial, a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e proibia a construção em todo o território nacional de novos hospitais psiquiátricos públicos. No entanto, essa proposta foi avaliada extrema diante do quadro de mercantilização da loucura instaurado no Brasil a partir dos anos de 1960. Este projeto transitou por 12 anos no Congresso Nacional, não sendo aprovado, até que um segundo projeto - este mais ameno do ponto de vista político e econômico -, foi proposto pelo Senador Sebastião Rocha, substituindo aquele de 1989. Este segundo projeto foi aprovado no ano de 2001, transformando-se na Lei da Reforma Psiquiátrica de nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os

direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Segundo o Ministério da Saúde, no documento intitulado “Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil” (2005), a política de saúde mental no Brasil promove a redução programada de leitos psiquiátricos de longa permanência, estabelece a ideia de que as internações psiquiátricas ocorrerão quando necessárias, nos hospitais gerais e que sejam de curta duração. Além disso, essa política tem como objetivo a formação conjunta de uma rede de dispositivos e equipamentos diferenciados que permitam a atenção e cuidado às pessoas com sofrimento mental no seu território, a desinstitucionalização de usuários com longa permanência em hospitais psiquiátricos e, para além, ações que permitam o tratamento de reabilitação psicossocial por meio da inserção social do usuário em seu território.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil obteve avanços significativos no âmbito jurídico, sendo formado não apenas por profissionais da área de saúde mental, mas também por associações de usuários desses serviços. O principal desafio enfrentado por esse Movimento é o de estabelecer práticas sociais que promovam uma nova visão sobre a loucura, contribuindo para o reconhecimento do indivíduo com transtorno mental como cidadão detentor de direitos, capacitado para participar ativamente da vida social e comunitária. (BARISON, 2008, pág 31).

Segundo Barison (2008), as propostas de reforma e desinstitucionalização foram saudadas como um movimento para salvar os direitos civis e a dignidade dos doentes mentais, já que o legado da violência institucionalizada escreveu algumas das páginas mais sombrias da história da psiquiatria.

Em 2003, um projeto importante foi instituído pela Lei Federal n. 10.708, denominado Programa de Volta para a Casa, voltado para pacientes que passaram por longas internações psiquiátricas em hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. Essa lei estabelece auxílio à reabilitação psicossocial, permitindo que o ex-interno seja inserido em uma rede de assistência extra-hospitalar. (SECCHI, 2014, pág. 2).

Contudo, após diversos encontros nacionais dos movimentos da luta antimanicomial, nota-se que a política de saúde mental conquistou um lugar

significativo, principalmente no âmbito do reconhecimento da cidadania do louco, do tratamento humanizado, e da busca pela reinserção do usuário em seu território.

1.4. A cidadania do louco

O debate deste trabalho gira em torno da cidadania do louco, que desempenha um papel central na estruturação dos serviços de saúde mental e, ao mesmo tempo, representa o caminho para a construção de um novo modelo psiquiátrico. No âmbito da prática clínica, isso implica a oportunidade de reverter o paradigma do atendimento, reconhecendo a existência de diferenças entre as pessoas com transtornos mentais e as demais, e o fato de que eles não desfrutam dos mesmos direitos. Portanto, admitir essa discrepância é fundamental para abordar a questão da equidade no desenvolvimento de políticas específicas. Pois, conforme Tomaz (2009)

Segundo Delgado,² cidadania é o eixo sob o qual os serviços em saúde mental devem se constituir ; ao mesmo tempo, é, também, o caminho para construção de num novo modelo psiquiátrico. Na prática clínica, significa a possibilidade de inversão do paradigma de assistência. Afirma com isso, que existe uma diferença entre os doentes mentais e as outras pessoas e que eles não têm os mesmos direitos. Logo, admitir essa diferença é abrir caminho para a questão da equidade no processo de construção de políticas específicas. Segundo Delgado, quando se trata da cidadania do louco, pode-se lançar mão do conceito de desvantagem utilizado por outros movimentos sociais para confirmar a necessidade de se fazer justiça para os doentes mentais. Ou seja, aceitar que são pessoas em desvantagem e admitir que não são iguais e que a cidadania não é igualdade, mas compensação dessa diferença. O que sugere uma "discriminação positiva" para se pensar a questão da cidadania do louco.

Portanto, pensar acerca do processo de conquista dos direitos de um específico grupo populacional apresenta um desafio significativo: incorporá-lo a um contexto mais abrangente que remete à formação da estrutura social dos direitos humanos, civis, políticos e sociais ao longo dos últimos três séculos, através das lutas e confrontos entre a sociedade civil e o Estado. O autor Marshall (1967) menciona a evolução dos direitos ao longo da história, destacando que a cidadania é composta por três elementos fundamentais, também conhecidos como dimensões de direitos: civis, políticos e sociais. Ele argumenta que o reconhecimento dos direitos civis está ligado à liberdade individual e à igualdade perante a lei. Esses

² As afirmações feitas neste conteúdo são fruto das anotações da referida autora durante a palestra proferida pelo Coordenador Nacional de Saúde Mental, Dr. Pedro Gabriel Delgado, durante a II Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora, realizada no ano de 1999.

direitos surgiram no século XVIII, como resultado da luta da burguesia para limitar o poder estatal.

Segundo o autor Marshall (1967), os direitos políticos, embora muitas vezes considerados como secundários em relação aos direitos civis, marcam, no século XIX, o reconhecimento da importância de garantir a participação no exercício do poder político. No que diz respeito aos direitos sociais, o autor os situa no reconhecimento das necessidades humanas básicas, como alimentação, saúde, educação, segurança, entre outras. Ele ressalta que foi no século XX que esses direitos foram afirmados, visando estabelecer a participação dos indivíduos na chamada "herança social".

No entanto, associar o reconhecimento dos direitos ao movimento histórico que surge da relação entre o Estado e a Sociedade significa, segundo Oliveira (2007) vincular a discussão sobre cidadania à compreensão de como a igualdade e a desigualdade são estabelecidas na sociedade capitalista, assim como a luta entre as classes sociais pela participação no poder político e na distribuição da riqueza social. Nessa perspectiva, é importante destacar que nosso debate não se baseia na ideia de uma "evolução natural da cidadania" ou em uma "correlação direta entre a evolução do capitalismo e o bem-estar", como proposto por Marshall, nosso debate é fundamentado pelos movimentos sociais em prol de uma cidadania que não existia, a cidadania das pessoas com transtornos mentais, inclusive as que cometem crimes e são consideradas inimputáveis.

No entanto, ao pautarmos a cidadania dos inimputáveis³ no próximo capítulo deste trabalho, é necessário levar em consideração o que está implícito no artigo 3º e 4º do Código Civil Brasileiro (2002), em que percebe-se que, para “proteger” uma pessoa com transtorno mental, é necessário interdita-la, ou seja, deverá ser declarada sua incapacidade civil .

“[...] os que por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática destes atos; os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo.”

³ De acordo com o Art. 26º do Código Penal Brasileiro (1940), inimputável significa que “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.”

Tal fato implica na perda da capacidade civil da pessoa com transtorno mental que comete algum crime de exercer e desfrutar seus direitos civis, sociais e políticos. Isso gera um paradoxo no debate contemporâneo sobre a cidadania das pessoas com transtornos mentais. Além disso, a própria afirmação da cidadania desses indivíduos se torna paradoxal quando se considera o estigma histórico associado a eles, classificando-os como doentes. (BARISON, 2008, pág 32).

Em outras palavras, como podemos confirmar a existência da cidadania às pessoas com transtornos mentais diante do pressuposto socialmente alinhado através de leis que confirmam sua incapacidade? Essa questão, provavelmente, seja o desafio enfrentado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, a produção de conhecimento sobre a realidade de vida das pessoas inimputáveis pode desempenhar um papel importante nesse processo de transformação. (BARISON, 2008, pág 32).

A partir do final da década de 1980, o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem levantado questões importantes sobre o papel atribuído à loucura na tradição cultural das sociedades contemporâneas. Esse movimento tem sido fundamental para denunciar a constante violação de direitos ocorrida em hospitais psiquiátricos. A segregação, o isolamento, o abandono, a violência e os castigos vividos por pessoas com transtornos mentais foram expostos à sociedade, com o objetivo de questionar o tratamento dado aos chamados "loucos" de todas as formas. (Saúde Mental, 2006, pág 23).

Além do processo de construção de novos princípios e diretrizes para a organização das políticas de saúde mental, visando superar o modelo manicomial, surge no cenário dos debates desse movimento a questão da cidadania das pessoas com transtornos mentais, com o objetivo de promover seu reconhecimento.

Para entendermos de maneira breve o fundamento dos direitos sociais, é importante abordarmos a autora Marsiglia (1990, pág. 15), que destaca que nas sociedades capitalistas, o progresso dos direitos sociais coexiste com a apropriação privada dos meios de produção. Isso ocorre porque as lutas pela conquista dos direitos sociais durante a fase monopolista do desenvolvimento capitalista não representaram uma ameaça à forma como ocorre a apropriação dos meios de produção no capitalismo.

Naquele contexto, o que estava verdadeiramente em jogo era a necessidade de consumo dos bens produzidos, ou seja, a distribuição da produção. Foi possível

avançar nas conquistas dos direitos sociais porque essas conquistas não colocavam em risco o modo de produção capitalista, uma vez que não incluíam a socialização da riqueza produzida pela sociedade como um todo. (MARSIGLIA, pág 16, 1990).

Na obra, “Saúde Mental e cidadania”, é apresentado no tópico: “Os cidadãos e os loucos no Brasil: a cidadania como processo”, que no Brasil, a partir do século XIX, pode-se observar a intervenção estatal voltada para as pessoas com transtornos mentais. Essa intervenção foi realizada por meio da criação de determinados instrumentos que segundo Marsiglia (1990), o objetivo era segregar e tutelar essas pessoas. A exemplo desses instrumentos, tem-se a promulgação do Código Civil do ano de 1916, que definia a incapacidade das pessoas com transtornos mentais de exercerem por si próprios os atos da vida civil e oficializaram, pela Lei do ano de 1919, a interdição de maneira jurídica daqueles que eram considerados loucos.

Citado no tópico 1.1 deste trabalho, a criação do Hospital D. Pedro II em 1852, no Rio de Janeiro, foi um desses instrumentos a impactar na vida e na cidadania do Louco. (MARSIGLIA, 1990, pág 27).

Já no ano de 1930, ocorreu o estabelecimento da chamada cidadania regulada, em que apenas aqueles que possuíam a carteira de trabalho assinada eram vistos como cidadãos. Nessa perspectiva, as pessoas com transtornos mentais, que eram reconhecidos como incapazes de exercer o trabalho, não eram considerados cidadãos e, conseqüentemente, eram colocados diante a tutela do governo, sendo excluídos da participação de uma vida em sociedade. Desse modo, a forma como a cidadania se desenvolveu no Brasil resultou na criação de obstáculos significativos para o progresso da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Essa população enfrenta uma série de obstáculos para sua inclusão no mercado de trabalho, o que também dificulta sua plena participação na sociedade. (MARSIGLIA, 1990, pág.28).

As circunstâncias de vida social e trabalho desempenham um papel fundamental na definição da saúde das pessoas, incluindo a saúde mental. E o autor Neto (1990), ao examinar o contexto do Estado capitalista brasileiro em termos de sua estrutura socioeconômica, pôde observar essa relação de influência, que “[...] toda riqueza nacional é produzida por dezenas de milhões de trabalhadores, no entanto ela não é suficientemente distribuída, através de políticas sociais, administradas pelo Estado.”

A saúde mental também foi afetada por essa estrutura de mercado capitalista, e as pessoas com transtornos mentais, por não serem considerados cidadãos com direitos devido à suposta periculosidade, foram colocados diante a tutela do Estado. Isso resultou na criação e ampliação de um modelo totalmente asilar, que mais influenciava na exclusão das pessoas com transtorno mental, do que no cuidado. (NETO, pág 58, 1990).

Assim, de acordo com o autor, todo o contexto da luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, é em busca de garantir que eles possam exercer plenamente seus direitos por meio de uma revisão abrangente da legislação atual, isso porque a legislação está baseada na ideia de incapacidade civil e periculosidade como características intrínsecas ao princípio das doenças mentais. Dessa forma, na visão do autor, uma reforma completa desse sistema jurídico resultaria em uma verdadeira Reforma Psiquiátrica, na qual os pacientes mentais seriam reconhecidos como cidadãos e teriam acesso universal aos dispositivos de saúde. (NETO, 1990, pág. 64).

2. CIDADANIA DOS INIMPUTÁVEIS

Neste capítulo, será apresentado uma breve contextualização do início dos Manicômios Judiciários (MJs), conhecidos também como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), para observar como é estruturado o seu funcionamento. Assim, no tópico 2.2 vinculamos todo o contexto dissertado no capítulo 1 conectado à cidadania dos inimputáveis, que apesar de ser um tema pouco falado e estudado, é bastante visto nos equipamentos de saúde mental.

2.1 Contextualização dos Manicômios Judiciários

Segundo Foucault (1997), foi no início do século XVI com a influência da Igreja que a loucura passa a ser vista como manifestação diabólica e fruto da imaginação imoral. Para a pessoa com transtorno mental que cometia algum delito, o tratamento era extremamente rigoroso, Foucault (1997) coloca ainda que no século XVIII, o condenado era submetido a rituais públicos, com objetos chamativos que caracterizasse o crime cometido e o criminoso era executado num ato aterrorizante e público.

Conforme Margarida Mamede (2006, pág. 27-28): “o nascimento das instituições denominadas Manicômios Judiciários (MJs), atualmente denominados hospitais de custódia, se deu na Inglaterra no final do século XIX, mais exatamente em 1870, na prisão de Broadmoor.

Os hospitais-presídios, tanto no contexto mundial como no Brasil, possuem uma história intimamente ligada ao surgimento das prisões e da psiquiatria. Alicerçados em princípios como o alienismo⁴ como forma de tratamento moral⁵ e a correção carcerária, essas instituições adotavam medidas disciplinares com uma abordagem religiosa, incluindo o isolamento. Essas práticas tinham por base a crença de que aqueles que não se adequavam aos padrões sociais da época, influenciados pela ascensão da burguesia e pelo processo de industrialização, precisavam ser apartados do restante da população, a fim de prevenir a disseminação de uma suposta epidemia e preservar as gerações futuras. (Mamede, 2006, pág. 27-28)

Piccinini (2002) apresenta um avanço no Código Criminal do Império (1830) que trazia em seu artigo 10, parágrafo 2, “a declaração de irresponsável o indivíduo que praticasse algum ato delituoso em estado de perturbação mental”. O artigo 12 dizia ainda que: “os loucos que tiverem cometido crimes serão recolhidos às casas para eles destinadas ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer conveniente”.

Segundo Resende (2007), na época do Império, não havia locais específicos para recebê-los, as alternativas eram as Casas de Correção, citadas no primeiro capítulo deste TCC. Ainda assim, muitas dessas Casas se recusavam a receber alienados criminosos.

Mencionado por Mamede (pág. 29, 2006), no Brasil, o estabelecimento oficial dos manicômios judiciários foi realizado em 22 de dezembro de 1903, através do

⁴ **Alienismo**, que surge na virada do século XVIII para o século XIX, representa a resposta da ciência médica à questão da loucura, redescrita como alienação mental isto é, como uma doença que deveria ser tratada por um tipo especial de medicina, segundo os paradigmas do tratamento físico-moral pineliano e da teoria das paixões. A loucura passa a ser entendida como uma afecção médica provocada pela combinação de causas físicas e morais. Neste contexto, aparece um novo especialista, o alienista, a quem compete tratar, usando uma expressão da época, “dos infelizes privados do uso da razão”. Aparece também o hospício, lugar de triunfo e operação desta nova concepção.

⁵ **O tratamento moral**, tal qual preconizado por Pinel, tinha dois princípios básicos: o da disciplina e o do isolamento, o que exigia uma organização espacial específica, assim como pessoas que cumprissem o papel da vigilância (...) [nos relatórios] sempre aparece a necessidade de aumentar o número de empregados, sobretudo para estabelecer-se a vigilância precisa, correspondendo às necessidades que o serviço cria e que a ciência impõe (Ramminger, 2006, p. 34, grifos no original).

Decreto nº 1.132/1903. Essa norma é de extrema importância para o presente capítulo do trabalho, pois, de acordo com Musse (2006, pág. 61), tinha como objetivo reestruturar o atendimento psiquiátrico aos indivíduos com transtornos mentais, marcando assim a primeira reforma psiquiátrica no contexto jurídico-legislativo brasileiro. Além disso, introduziu no contexto da lei as transformações propostas no campo científico. Segundo a autora:

A literatura especializada em MJs, ainda escassa no Brasil, é unânime em mostrar os maiores problemas desse tipo de hospital: a ambigüidade de sua existência (prisão versus hospital), a ineficácia e a impossibilidade, até então, de um consenso e de um diálogo profundo entre o direito, a medicina, a psicologia e outros saberes que se debruçam sobre as pessoas para lá encaminhadas. Questiona-se: onde devem estar os doentes que cometeram crimes? Se são doentes, porque permanecem em um hospital que prioriza a ideologia carcerária e tem um funcionamento muito mais próximo de uma penitenciária do que de um hospital? (Mamede, 2006, pág. 28-29).

O Decreto n. 1.132, determina, no Brasil, a segregação das pessoas com transtorno mental que cometeram crimes, considerados perigosos, daqueles que não exerceram nenhum ato contra as diretrizes legislativas, ou seja, as leis. Desse modo, a construção de manicômios judiciais se inicia através do decreto citado acima e na periculosidade sugerida pela doença e, ainda, influenciado pelas idéias de Lombroso (Ministério da Justiça, 2007).

Nesse contexto, o artigo 10 do decreto mencionado estabeleceu a proibição de confinar juntos os indivíduos com transtornos mentais e os que não tinham adoecimento mental, ao passo que o artigo 11 determinou a criação de manicômios judiciais com o objetivo de garantir a separação entre os indivíduos mentalmente doentes que cometeram crimes e os criminosos em si. O decreto também estipulou que, na ausência de manicômios, esses indivíduos deveriam ser abrigados em uma instituição pública, em um espaço especialmente designado para eles. (Musse, 2006, pág. 67).

Desde a promulgação da legislação até a efetiva implementação do Artigo 11 do Decreto nº 1.132/1903, transcorreram cerca de dezesseis anos. Em 1919, foi construído o primeiro manicômio judicial do Brasil, localizado no Rio de Janeiro. O segundo foi estabelecido em Porto Alegre em outubro de 1925, e o terceiro foi o Manicômio Judicial de Franco da Rocha, no estado de São Paulo, inaugurado em 1933 a partir de uma seção do Hospital do Juquery. (MAMEDE, 2006, pág 30).

É instituído o Hospício Nacional do Rio de Janeiro, a Seção Lombroso, no ano de 1920-21, com o objetivo de confinar os doentes mentais que cometiam crimes, considerada assim, uma das primeiras instituições de referência no Brasil para loucos criminosos.

Através do decreto 1.132/1903, Carrilho buscou a diferença do que caracterizavam de “verdadeiros alienados” em relação aos criminosos que neste período ficavam em um espaço comum não possuindo um tratamento diferenciado:

Ficava proibido manter alienados em cadeias públicas ou entre criminosos. O artigo 11 deixava explícito que, ‘enquanto os Estados não possuírem manicômios criminais, os alienados delinqüentes e os condenados alienados, somente poderão permanecer em asilos públicos nos pavilhões que especialmente se lhes reservem’. Como consequência da lei, foi instalada uma enfermaria destinada à internação dos alienados delinqüentes e à observação dos acusados suspeitos de alienação mental no Hospício Nacional de alienados. Surgiu a Seção Lombroso que funcionava com muitos problemas e que foi extinta com a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro em 1921 (Piccinini, 2002, pág. 2).

A chegada da construção dos manicômios judiciais no Brasil, ocorreu por volta dos anos de 1920, visto como uma urgência no período. O código penal do ano de 1940 foi diretamente influenciado pelos pensamentos positivistas em defesa da ordem social, que modificou as novas pautas sobre o tratamento do louco criminoso. O código penal foi promulgado por Getúlio Vargas. A partir disso, foram considerados como inimputáveis os criminosos com diagnóstico de doença mental que fossem incapazes de entender o caráter ilícito do ocorrido. Esta mudança proporcionou a regulamentação das medidas de segurança de internação, tratamento e perícia médica.

Segundo o Código Penal brasileiro, do ano de 1940 e com a parte geral alterada em 1984, introduziu a aplicação da medida de segurança exclusivamente para indivíduos inimputáveis e “semi” imputáveis ditos como perigosos. Dessa forma, a medida de segurança implica na restrição ou privação de direitos, e acaba sendo, assim como a pena, uma medida retributiva voltada para o passado, uma vez que ambas são aplicadas após a ocorrência do crime.

Neste momento, conforme as teorias lombrosianas, o louco criminoso passa a ser considerado um perigo às diretrizes da ordem social, devendo ser levado para os Manicômios Judiciais enquanto durasse a sua periculosidade. Após a reforma penal de 1984, o novo código define que o sistema de segurança se funde na periculosidade social do inimputável como uma forma preventiva. O Código Penal

dessa época articulou duas medidas de segurança, sendo uma delas de cunho privativo em hospitais de custódia e a outra de cunho restritivo em tratamento ambulatorial.

Desse modo, ainda no contexto do fim da reforma, segundo a Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais, vincula-se uma forte relação da Reforma Psiquiátrica com o fim dos “manicômios judiciários”, que está previsto há mais de 20 anos na Lei Antimanicomial (Lei n. 10.216/2001), que inclusive a data de 18 de maio, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, busca discutir esse tema e cobrar das autoridades o cumprimento da lei, que já foi responsável pela implantação de uma rede de saúde mental e atenção psicossocial para o atendimento dessas pessoas em liberdade, como a RAPS, NAPS, CAPS e os diversos apoios da Atenção Primária, da UBS, UPA e Hospitais Gerais.

No Brasil, atualmente existem 32 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), que abrigam uma população carcerária de 4,7 mil pessoas, incluindo os 1.987 que se enquadram nos critérios da absolvição imprópria, segundo o Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional, o SINDESPEN.

Por determinação do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), de acordo com a Resolução CNJ n. 487/2023, até maio de 2024 todos os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) do país devem ser fechados. Também conhecidos como “manicômios judiciários”, esses espaços abrigam pessoas com transtornos mentais que foram consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis, ou seja, aquelas pessoas que não podem ser responsabilizadas por seus atos e chegam a esses espaços para cumprirem uma medida de segurança.

O CNJ justifica que os pacientes merecem receber um "tratamento de saúde mental adequado" e não devem ser internados em manicômios, os quais já deveriam ter sido extintos há pelo menos 20 anos, de acordo com os princípios fundamentais da Reforma Psiquiátrica do Brasil. Essa visão ganhou força desde a aprovação da Lei 10.216 em 2001, a qual promoveu uma reformulação no sistema de atendimento de saúde mental no país. Como resultado, os manicômios, hospitais destinados exclusivamente ao internamento de pacientes psiquiátricos, foram encerrados, e o número de leitos disponíveis diminuiu significativamente.

2.1. Debate contemporâneo sobre a cidadania dos inimputáveis

No paradigma moderno de Thomas Marshall (1967), cidadania é a capacidade atribuída a um sujeito de ter determinados direitos políticos, sociais e civis, bem como poder exercê-los no interior de um Estado-nação. Nesse sentido, a cidadania tem seu território definido nas dimensões do Estado nacional e, assim, o cidadão é o indivíduo que tem um vínculo jurídico com o Estado, sendo indivíduo de direitos e deveres fixados por determinada estrutura legal (Constituição e leis). O cidadão, por sua vez, é a pertença de um indivíduo a um Estado-Nação, com direitos e obrigações em um específico nível de igualdade. Assim, cabe ressaltar que o princípio de igualdade está presente no conceito de cidadania, visto que é entendido como a condição que garante aos indivíduos, membros plenos de uma comunidade, iguais direitos e deveres, liberdades e restrições.

O esclarecimento de cidadania e loucura, apresenta uma série de dificuldades, tanto do ponto de vista teórico quanto do ponto de vista perceptivo da vida diariamente. Com Foucault, na obra “A história da loucura na idade clássica” (1987), pode-se dizer que se trata de uma relação paradoxal: se o louco é percebido como alguém privado de razão, ele está liminarmente excluído da cidadania. Mas, apesar do inegável progresso da discussão entre nós, não devemos perder de vista que existe um paradoxo na questão da cidadania para os doentes mentais. E esse paradoxo não é de natureza cíclica na percepção dos direitos, mas sim estrutural e instaurado na composição histórica das pessoas com transtornos mentais.

Este problema tem sido abordado de maneira expansiva a partir de diversos fatores. Entre eles, a questão da reforma psiquiátrica, que ocupou posição significativa na agenda dos movimentos sociais da saúde, juntamente com o avanço do processo de redemocratização do país. De maneira geral, pode-se dizer que a proposta da cidadania do louco se enquadra na ampliação dos direitos civis e sociais de determinados grupos da sociedade brasileira como negros, mulheres, crianças, jovens e idosos. (Gabbay, 2010, pág 44).

As modificações da loucura em doença mental, apresentadas no primeiro capítulo deste trabalho, segundo a autora Rochelle Gabbay (2010) em sua obra “Cidadania e loucura: um paradoxo?”, gerou exclusão social dessas pessoas com transtorno mental na conjuntura de cidadania. De certa forma, o regulamento do doente permitiu ao louco a cedência do direito de assistência ao tratamento, por outro lado, ante ao regimento do Estado, promoveu também a diminuição de sua posição de cidadão.

A configuração do doente mental não se aplicava à colocação do cidadão, visto que não era determinado como um sujeito da razão e do anseio. A partir da compreensão de que a pessoa com transtorno mental faltaria os aspectos necessários ao pleno exercício dos direitos da cidadania, a Reforma determinou o tratamento da saúde mental como sujeito e como cidadão em vias de um processo terapêutico moral. (Gabbay, 2010, pág 45).

Mas, neste tópico, o foco é a cidadania das pessoas com transtorno mental que cometem crimes, ou seja, os inimputáveis.

Ser imputável é ter a plena capacidade de entender e de querer, e assim ser responsável criminalmente, ou seja, o imputável responde pelos seus atos. De forma inversa se entende os inimputáveis, como enuncia o art. 26 e o parágrafo único do Código Penal Brasileiro:

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.

Sobre a redução de pena dos considerados inimputáveis, o Código Penal Brasileiro estabelece que:

Art. 26. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

De acordo com o artigo 97 do Código Penal, a internação dos indivíduos sujeitos a medidas de segurança deve ser aplicada somente quando o crime cometido for passível de pena de reclusão. Nesse caso, cabe ao juiz responsável pela execução determinar a medida de internação. Por outro lado, se o crime for passível de pena de detenção, a medida a ser aplicada será a de tratamento ambulatorial. (CARNEIRO, 2011, pág 23).⁶

⁶ A **pena de reclusão** é aplicada a condenações mais severas, o regime de cumprimento pode ser fechado, semi-aberto ou aberto, e normalmente é cumprida em estabelecimentos de segurança máxima ou média. A **detenção** é aplicada para condenações mais leves e não admite que o início do cumprimento seja no regime fechado. Em regra a detenção é cumprida no regime semi-aberto, em estabelecimentos menos rigorosos como colônias agrícolas, industriais ou similares, ou no regime aberto, nas casas de albergado ou estabelecimento adequados. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicao-semanal/reclu-sao-x-detencao-x-prisao-simples>

A aplicação da sanção penal agravada aos indivíduos com transtorno mental é justificada pelo princípio da periculosidade,⁷ o qual tornou o internamento a medida de segurança mais predominante. Essa prevalência da medida de internação se explica pelo fato de ser a mais frequentemente aplicada pelos juízes criminais. No entanto, ao longo dos anos de internamento, tem-se observado que essa medida tem causado rupturas no meio social do indivíduo, resultando, em muitos casos, em sua segregação indefinida da sociedade e, não raramente, na privação permanente de sua liberdade.(CARNEIRO, 2011, pág 24).

Desse modo, quando a prestação jurisdicional é guiada exclusivamente pelo princípio da presunção de periculosidade,⁸ segundo o autor Almeida Carneiro (2011, pág 25), é comum que nos processos judiciais a substituição da medida de segurança ambulatorial pela medida de internação. Essa substituição ocorre não com base na gravidade do crime cometido, mas sim na condição de sofrimento psíquico do indivíduo e justificada pelo princípio da periculosidade.

O autor esclarece também que a política penal, com base na condição de saúde do indivíduo, impõe uma medida que só pode ser revogada por decisão judicial, violando o direito dessa pessoa de receber um plano de tratamento adequado à sua condição de sofrimento por meio da política de saúde, e também de receber um tratamento penal adequado ao crime que cometeu pela política criminal. A sobreposição e a dificuldade de estabelecer uma verdadeira ação interdisciplinar entre as políticas públicas existentes, frequentemente resultam em uma dupla penalização para esses indivíduos: uma relacionada ao crime cometido e outra devido à sua condição de pessoa com sofrimento mental.

O princípio da presunção de periculosidade resultou na penalização do cidadão que é considerado doente mental, não pelo crime que cometeu, mas por sua condição de doente mental. A medida busca controlar o indivíduo, não apenas o seu ato. Michel Foucault, em sua obra "Os Anormais" (2005), esclarece que é a loucura que está sendo julgada e condenada nesse contexto, e de fato, estar em um estado de loucura tem sido um agravante na aplicação da medida de segurança.

⁷De acordo com Lebre(2013, p.275) "Segundo definição do dicionário da língua portuguesa (FERREIRA, 2004), periculosidade diz respeito ao estado ou qualidade do que (ou de quem) é perigoso, consistindo – em termos penais – no conjunto de circunstâncias que indicam a probabilidade de alguém praticar ou tornar a praticar um crime.

⁸Segundo o Vade Mecum Brasil, presunção de periculosidade é: Hipóteses arroladas na lei, considerando, sem admitir prova em contrário, que a pessoa demonstra probabilidade para a prática da infração penal. (<https://vademecumbrasil.com.br/palavra/presuncao-de-periculosidade>)

No entanto, a política pública voltada para o tratamento das condições de sofrimento mental é a política antimanicomial, regulamentada pela Lei 10.216/2001. Quando um indivíduo está gravemente doente, ele deve ter acesso aos serviços de saúde pública, que são responsáveis por desenvolver um plano de assistência para tratar a crise. Os profissionais de saúde mental são as autoridades competentes para estabelecer as diretrizes do tratamento nos casos em que o sofrimento mental é acentuado e, para isso, fazem uso dos recursos disponíveis na rede de cuidados psicossociais, conforme estabelecido pela Lei 10.216/2001.

Mas, para além desse contexto da medida de segurança e da política antimanicomial, existe dentro desse cenário, a questão de que todo inimputável é interditado, mas existem usuários que são interditados e não são inimputáveis. Isso porque a interdição é aplicada quando há comprovação da incapacidade absoluta ou relativa de certos indivíduos para realizar pessoalmente os atos da vida civil. De acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil Brasileiro, podem ser considerados incapazes:

[..] os que por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática destes atos; os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade; os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo.

Observa-se que a interdição, conforme mencionado anteriormente, é reconhecida como uma medida judicial destinada a proteger todas as pessoas consideradas incapazes para os atos da vida civil. Isso se relaciona às pessoas com transtornos mentais também, uma vez que parte delas não possuem autonomia para realizar os atos da vida civil e, conseqüentemente, dependem da assistência de terceiros para suprir suas necessidades em todas as áreas. Espera-se que o curador, designado pelo juiz de acordo com critérios estabelecidos pelo Código Civil, exerça suas funções com diligência, visando garantir a reprodução satisfatória tanto do bem-estar material quanto psicossocial da pessoa sob sua tutela. (BARISON, pág 32, 2008).

No entanto, se entendermos que as leis, incluindo o Código Civil Brasileiro, são construções sociais que servem como mecanismos de legitimação de discursos de verdades específicas, discursos estes que sustentam as diversas relações de poder na sociedade, o debate sobre a interdição deve ser relacionado à própria

construção, no imaginário social, do significado da loucura e da forma como ela é socialmente tratada. (BARISON, pág 33, 2008).

O Código Penal Brasileiro estabelece critérios frágeis para sua aplicação, limitando-se a dizer que uma vez o indivíduo cometa um crime e seja considerado inimputável, que seja punido com reclusão e deverá ser internado, ou se o crime for punível com detenção, deverá ser submetido a tratamento ambulatorial. Outro agravante é que o dispositivo legal estabelece que tanto a internação quanto o tratamento ambulatorial seja por prazo indeterminado.

Nucci (2008) conceitua a Medida de Segurança:

Trata-se de uma forma de sanção penal, com caráter preventivo e curativo, visando a evitar que o autor de um fato havido como infração penal, inimputável ou semi-imputável, mostrando periculosidade, torne a cometer outro injusto e receba tratamento adequado.

Esse mesmo entendimento é seguido pelo autor Capez (2005), o qual conceitua medida de segurança como: “Uma sanção penal imposta pelo Estado, na execução de uma sentença, cuja finalidade é exclusivamente preventiva, no sentido de evitar que o autor de uma infração penal que tenha demonstrado periculosidade volte a delinquir”.

É estabelecido na Lei n° 2848 pelo Código Penal (1940), que tanto a internação como o tratamento ambulatorial será por prazo indeterminado, devendo durar enquanto não for comprovada, ante a realização de perícia médica, a cessação da periculosidade. É ainda estabelecido que o prazo mínimo da aplicação da medida será de 1 a 3 anos, e que a primeira perícia médica a fim de constatar se cessou ou não o estado de periculosidade será realizada no fim do prazo mínimo fixado pelo juiz ao agente.

Outra proposta que merece destaque é a que veda a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições de caráter asilar, ou seja, que não possuem recursos para garantir os direitos elencados nos incisos I a IX do Parágrafo único, art. 2° da referida Lei. Entende-se também, de maneira clara, que a indefinição dos prazos para aplicação da medida de segurança é expressamente contrária ao objetivo de reinserção social do paciente, ferindo o princípio da utilidade terapêutica do internamento (art.4°) assim como fere o princípio da desinternação progressiva dos pacientes crônicos (5°), que devem ser acompanhados por políticas

específicas planejadas e reabilitação psicossocial assistida, tendo como responsável autoridade sanitária competente (art. 5°).

Contudo, Barison (2008), disserta que a loucura sempre foi, ao longo de todos os séculos, algo que provocava na sociedade um sentimento de exclusão, de rejeição, o que estigmatizava todos os que tinham algum tipo de sofrimento mental, principalmente se este indivíduo viesse a cometer um crime. Não resta dúvida de que aquele tido como louco infrator é um grande inimigo da sociedade, talvez até mais do que aquele que cometeu um crime e que possui sua sanidade mental, pois este, mesmo tendo cometido um delito, estava dentro da reserva da sociedade tida como “normal”. Na busca de uma resposta aos anseios da sociedade, o Direito Penal reservou ao “louco inimputável” uma medida de tratamento, que segundo o dispositivo legal visa que o indivíduo, ao ser segregado, seja tratado e possa ser curado, não pesando mais sobre ele a periculosidade.

Para finalizarmos, com base em todos os autores citados até aqui, pode-se dizer que a cidadania dos inimputáveis sofre questões paradoxais, no sentido de que o direito ainda não é igual para todos, a cidadania foi e ainda será um desafio para toda a população que possui esse olhar para a Saúde Mental. A mesma Instituição que diz “ajudar” o usuário louco, é a mesma que o priva dos seus direitos, a exemplo disso, vimos como funciona o tratamento no MJ, ferindo sua dignidade como pessoa, fundamento da democracia brasileira positivada no inciso II, artigo 1° da Constituição Federal de 1988.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa com transtorno mental que comete um crime é reservada a Medida de Segurança, que com base na sua periculosidade tem o objetivo de prevenir futuros delitos. Um fato é que a loucura, durante muitos séculos, foi motivo de segregação de muitos que apresentavam alguma forma de transtorno mental, que cometesse crime ou não. O olhar da sociedade sobre esses indivíduos sempre foi de repúdio e como consequência desse repúdio e diante da necessidade de encontrar uma explicação é que, por muitos séculos, o doente mental foi considerado até mesmo como um possuído por espíritos malignos, o que o levou a sofrer as mais diversas atrocidades.

Embora nos dias de hoje ainda exista quem acredite que a Medida de

Segurança possui um caráter estritamente preventivo, o fato é que tal medida não passa de uma pena que usa a máscara de um tratamento, e que no fundo retira do indivíduo suas garantias e conseqüentemente sua condição de sujeito de direitos.

A medicalização para tratar a loucura parecia a solução durante um período, porém essa medicalização continuou acompanhada da segregação, que tanto para a família como para sociedade era a melhor alternativa. Afinal, longe dos considerados como normais estes estariam salvo de qualquer agressão, física, moral ou social. Especificamente o louco que cometesse crime tinha um destino mais cruel. O que fazer com esse indivíduo? O Estado, alheio a isso e querendo se mostrar presente criou o manicômio judicial, afinal os loucos “delinquentes” não podiam ficar perto dos loucos apenas loucos.

A verdade é que nem os loucos apenas loucos e muito menos os loucos “delinquentes” eram tratados como gente, como pessoas que possuíam direitos e deveriam ser alvo de políticas públicas que lhes resgatasse a cidadania perdida devido ao sofrimento mental que era acometido e também do longo período de segregação aos quais muitos eram submetidos.

Deixando de lado os loucos que não cometem crimes, que não são alvo de políticas públicas adequadas e não recebem do sistema de saúde o tratamento digno, o louco criminoso ficou muito mais sem amparo do que antes. Digo isso porque ao longo dos anos a medida de segurança nunca conseguiu de fato atingir seu objetivo de prevenir e curar, até porque não tinha como acontecer isso em um ambiente totalmente adoecedor.

Como curar um indivíduo que é esquecido e isolado? Ao longo dos anos nem se lembrava que esses indivíduos existiam, pois sua institucionalização já apresentava uma falsa segurança para a sociedade, afinal, estando segregados não cometeriam novos delitos. Atualmente esse cenário tem se modificado, como apresentado no item 2.1. Questões sobre a medida de segurança, seu prazo indeterminado e seu objetivo que não é atingido por falta de estrutura do poder público e de parcerias que possam oferecer o mínimo necessário para o tratamento adequado foram levantadas.

Este trabalho mostrou também que a justiça precisa estar em sintonia com a Luta Antimanicomial. Para tanto, apresenta uma proposta inovadora que deve inclusive resgatar a imagem da Medida de Segurança. É o que aconteceu e que continua dando certo em Belo Horizonte/MG com a criação, pelo Tribunal de Justiça

de Minas Gerais, do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário – PAI-PJ – que tem trazido resultados positivos não só para as pessoas com transtorno mental que cometem crimes, como também para a sociedade e para o próprio Estado.

O TJMG apresentou, em uma entrevista⁹, um vídeo que ao apresentar o PAI- PJ assim dizia: “Com o comprometimento dos diversos autores envolvidos, a loucura é capaz de ensinar ao direito uma gama variada de possibilidade do ser humano, que deve ser tratado com respeito e dignidade, com o exercício dos direitos e a garantia de acesso aos serviços básicos de saúde e assistência social.”

Para finalizar, a seguinte mensagem¹⁰:

“[...] A dignidade humana não é algo dado é algo conquistado. E não podemos recuar quando em algum lugar ela se apresenta ameaçada. Esse compromisso diz respeito a cada um de nós, participantes desse debate. Às vezes escutamos vozes, no coração da inconfidência mineira que nos alerta: Liberdade ainda que tardia. Será delírio... Bem, sabemos que um sonho, um delírio produzido coletivamente perde sua estranheza e se reverte em obra. Liberdade ainda que Tam-Tam é a voz que nos trouxe até aqui para que possamos a partir desse rumo imperativo construir uma obra capaz de inserir a diferença no espaço público, uma nova ordem social, solidária e plural.”

⁹ PAI-PJ é destaque nacional. Disponível em: < <http://www.direito2.com.br/tjmg/2003/ago/5/pai-pj-e-destaque-nacional>.

¹⁰ OTONI, Fernanda. Um programa de atenção ao louco infrator. Disponível em: <carceraria.tempsite.ws/.../4e8330439b0d639375735e5aef645e6c.doc

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Haroldo. Marshall : a cidadania contra a identidade de classe. In: _____. Para além dos direitos : cidadania e hegemonia no mundo moderno. Rio de Janeiro : Ed. UFRJ, 2008. p. 275-313.

ALMEIDA, Carlota Pizarro de. Modelos de inimizabilidade: da teoria à prática. Coimbra: Almedina, 2000.

ALVES, Roque de Brito. Ciúme e crime. Crime e loucura. Rio de Janeiro: Forense, 2001.

AMARANTE, Paulo. (Org) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela Vida. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica Cad. saúde pública 1995.

ANDRADE, Haroldo da Costa. Das medidas de segurança. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2004.

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

As contradições das Medidas de Segurança no contexto do Direito Penal e da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Revista de Direito UPIS, ano. I, v. 01, no 1, janeiro de 2003, p. 97

BARISON, Mônica Santos; OLIVEIRA, Joana Mota Santos. Direito e Cidadania: Os impactos da interdição Civil no cotidiano de vida dos portadores de transtornos mentais. Cadernos UNIFOA, edição n 08, dezembro de 2008.

BARROS, D. Jardins de Abel: a desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Hucitec, 1994.

BASAGLIA F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro :Graal, 1985.

BASAGLIA, F. A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão e o otimismo da prática. São Paulo : Ed. Brasil Debates, 1979

BASAGLIA, Franco. A Instituição Negada. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1995.

BEZZERRA JR, B. ; AMARANTE, P. (Orgs). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada : notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR, B. ; AMARANTE, P. (Org.). Psiquiatria sem hospício : contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro:Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BRANCO, Thayara. A (des)legitimação das medidas de segurança no Brasil. 2 ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (Org.). Legislação em saúde mental : 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília, DF, 2004. p. 17-19.

BRAVO, M. I. Saúde e serviço social. 2.ed. São Paulo : Cortez ; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

CAMPOS, Cezar Rodrigues. Cidadania, Sujeito, Cersam e Manicômios. In: Metipolá Revista do CERSAM-Leste. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 1998.

CAPEZ, Fernando. Curso de direito penal: parte geral. 8a.ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

CARNEIRO, H. J. A. Sofrimento mental - PAI-PJ. Belo Horizonte: Amagis. 2011. Entrevista por Manoel Guimarães para o programa "Via Justiça", em 04/04/2010. Disponível em: <http://www.amagis.com.br/home/index.php?option=com_content&task=view&id=5307&Itemid=186>.

CARRARA, Sérgio Luiz. A história esquecida: os manicômios judiciais no Brasil. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v20n1/04.pdf>>

CASTEL, Robert. A gestão dos riscos: da antipsiquiatria para pós-psicanálise. Rio de Janeiro, Rodrigues Alves, 1986.

CERQUEIRA, Luiz. Psiquiatria Social. Rio de Janeiro e São Paulo: Livraria Atheneu, 1989.

COLUCCI, Mario; DI VITTORIO, Pierangelo. Franco Basaglia. Milano: Bruno Mondadori. 2001.

CORREIA, L. C. Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental autoras de delito. 174 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

COSTA, Jurandir Freire. A história da psiquiatria no Brasil. 3a ed. Rio de Janeiro. Editora: Campus LTDA, 1980.

CUNHA, Renoir da Silva. Direito sanitário, ministério público e reforma psiquiátrica. Rev. direito sanit;5(1):86-106, mar. 2004.

DECRETO n. 82. (1841, 18 de julho). Fundando um Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospício de Pedro Segundo.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo Saúde debate; (35):80-4, jul. 1992.

DESVIAT, M. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 1999.

DESVIAT, Manoel. Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim. In: Abou-yd, Miriam (org) Hospitais psiquiátricos: saídas para o fim. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2002.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Estudos Estratégicos. Entrevista com Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://cee.fiocruz.br/?q=node/702>>.

FOUCAULT, Michel. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. 4 ed. São Paulo, Perspectiva, 1995.

FOUCAULT, Michel. Doença mental e psicologia. Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FOUCAULT, Michel. A evolução da noção de “indivíduo perigoso” na psiquiatria legal do século XIX. Ditos e Escritos. Toronto. 1978.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir. Nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramallete. 37 ed. Petrópolis, RJ: Vozes. 2009.

GABBAY, R. Cidadania e Loucura: um paradoxo?. Membro analista da Escola Brasileira de Psicanálise Movimento Freudiano/EPBMF/RJ. 2010

GASTÃO, W. Memórias de um médico sanitarista que virou professor enquanto escrevia sobre...Ed. Hucitec, 2007.

GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

IAMAMOTO, M. V. Atribuições privadas do/a assistente social em questão. Brasília : CFESS, 2012.

LEBRE, Marcelo. Medidas de Segurança e Periculosidade Criminal: Medo de quem?.2010.

LOBOSQUE, Ana Marta. Experiências da loucura: Da questão do sujeito à presença na cultura. In: Experiências da loucura. LOBOSQUE, Ana Marta. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2001.

LOMBROSO, Cesare. O homem delinquente. Coleção Fundamentos do Direito. Trad. ROQUE, Sebastião José. São Paulo: Ícone. 2016.

MAMEDE. M. Cartas e Retratos. Uma Clínica em Direção à Ética. Arauco; 1ª edição, 1 janeiro 2006.

MARSHALL, T. H. Cidadania e classe social. In: _____. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro, Zahar, 1967. p. 57-114.

MARSIGLIA, R. G. Os cidadãos e os loucos no Brasil : a cidadania como processo. In: LANCETTI, A. (Org.) Saúde mental e cidadania. São Paulo : Ed. Mandacaru Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental do Estado de São Paulo, 1990. p. 13- 28.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2006. 238 p. 1. Saúde mental – Assistência - Organização. 2. Rede de Atenção à Saúde Mental. 3 Programa Saúde em Casa. I. Título. (Linha Guia de Saúde Mental).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. III CONFERÊNCIA NACIONAL DE Saúde Mental. Relatório Final. Ministério da Saúde. Brasília: 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental. Brasília: 2005.

MUSSE, L. Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil na perspectiva do Biodireito. Programa de Pós Graduação PUC-SP, 2006.

NUCCI, Guilherme de Souza. Manual de Direito Penal – 17. ed. – Rio de Janeiro: Forense, 2008.

OLIVEIRA, Íris Maria. Direito, Cultura de Direitos e Assistência Social. Serviço Social e Sociedade, no 89, São Paulo: Cortez, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PICCININI, J. Walmor. História da psiquiatria: psiquiatria forense no Brasil a partir das suas publicações (II). Psychiatry on line Brazil, v.7, n. 6, jun, 2002. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano02/wal0602.php>

PINEL, Philippe. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. JA Brosson: Paris. 1809.

PINEL, Philippe. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Tradução de Joice A. Galli. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2007.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Org.). Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes, 2007.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do serviço social nos serviços de saúde mental. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, Cortez, n.102, 2010.

RODRIGUES, M.. Serviço social e reforma psiquiátrica em tempos pós-modernos. Praia Vermelha – Estudos de Política e Teoria Social, Rio de Janeiro, n. 6, 2002.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. ; MAURI, D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via: a Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países avançados". In F. Rotelli, O. Leonardis & D. Mauri (Orgs.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001;

SECCHI, L. Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. Ed. Cengage Learning, São Paulo, 2014.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.26, n.4, out.-dez. 2018, p.1169- 1187.

TEIXEIRA, S. M. F. A (Im)Previdência Social Brasileira. Rio de Janeiro: Abrasco, Vozes, 1986.

TENÓRIO, F. A. Breve história da reforma brasileira. In: _____. Psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro : Rios Ambiciosos, 2001. p. 19-40.

TOMAZ, C.S. O Serviço Social na saúde mental e o “Técnico de Referência” possibilidades de uma atuação crítica? Disponível em [:https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/15862/1/Cristiane%20Silva%20Tomaz.pdf](https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/15862/1/Cristiane%20Silva%20Tomaz.pdf)

TOMAZ, C. S. A cidadania do louco: um debate necessário para a compreensão da direção teórico-política da luta antimanicomial. 2009. Dissertação de Mestrado. UFJF, 2009. Disponível em: http://www.bdttd.ufjf.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=577.

TUNDIS & COSTA (orgs.) Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde no Brasil. Petrópolis: Ed. Vozes, 2001.

VASCONCELOS, A. M. A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, E. M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis/RJ: Vozes, 2002.

VASCONCELOS, E. M Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. Serviço Social e Sociedade, São Paulo , Cortez, v. 54, p. 132-57, 1997.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). Abordagens psicossociais : perspectivas para o serviço social. São Paulo : HUCITEC , 2009

YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010, 190 p. Loucura & Civilização collection. ISBN 978-85-7541-362-3. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>.