

## REVISITANDO O MANICÔMIO JUDICIÁRIO: PRÁTICAS DE EXCLUSÃO

Alessandra Cristina Oliveira<sup>1</sup>  
Angelita Felipe Nunes<sup>1</sup>  
Edna Cristina Batista<sup>1</sup>  
Brennda Pereira Teixeira<sup>1</sup>  
Luiz Guilherme Araújo Gomes<sup>2</sup>

### RESUMO:

Este artigo de revisão bibliográfica objetivou discutir o percurso histórico da loucura e do crime para entender como se deu o processo de constituição da unidade de saúde mental destinada à pessoas que cometeram algum tipo de crime no Estado de Mato Grosso. Através de uma contextualização histórica sobre a história da loucura e o processo histórico do crime, discute-se como a reforma psiquiátrica, mais precisamente em Cuiabá, se colocou no estado e os impactos dela no serviço de saúde mental. Diante da carência de publicações existentes, este artigo visa proporcionar elementos para estimular o engajamento de um maior número de pessoas para aprofundar esta questão tão importante. Desta forma, esta pesquisa justificou-se pela necessidade de uma discussão maior a respeito deste indivíduo, o modo como ele é punido e seu devido tratamento, pois para além de ser um portador de transtorno mental, estas pessoas precisam ter sua cidadania resgatada e, para que isso aconteça, são necessárias mudanças no modelo de atenção a ele dispensada pelas unidades de saúde existentes.

**Palavras-Chave:** Loucura; Crime; Medida de Segurança, Transtorno Mental.

### ABSTRACT:

This article of literature review aimed to discuss the historical background of madness and crime to understand how was the process of constitution of the mental health unit aimed at people who have committed some kind of crime in the state of Mato Grosso. Through a historical background on the history of madness and the historical process of the crime, it discusses how the psychiatric reform, more precisely in Cuiaba, placed in the state and the impact of it in the mental health service. Given the lack of existing publications, this article aims to provide elements to stimulate the engagement of a larger number of people to deepen this very important issue. Thus, this research was justified by the need for more discussion regarding this individual, how he is punished and their proper treatment, as well as being a mental disorder, these people need to have their citizenship rescued and, for that to happen, are necessary changes in the care model to it waived by existing health facilities.

**Keywords:** Madness; crime; security measure; mental disorder.

## INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Graduadas em Psicologia pelo Centro Universitário de Várzea Grande/MT.

<sup>2</sup> Mestre em Saúde Coletiva e Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande.

O presente artigo surgiu a partir de uma visita realizada em uma unidade de internação psiquiátrica destinada à pessoas que cometeram atos infracionais. Tem como objetivo discutir o processo de constituição do manicômio judiciário de Mato Grosso. Para isto, foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos publicados que tratam da reforma psiquiátrica do estado, bem como o processo penal que estabelece as medidas de segurança para o “louco-criminoso”.

Fazendo uma construção histórica, Michel Foucault em “A História Clássica da Loucura” (2003) destacou que o fenômeno da loucura sempre esteve cercado de misticismos, rituais e superstições. Isto era tão marcante que durante a idade média o louco era visto como um ser enviado por Deus. Com o desaparecimento a lepra na Europa, ao final da Idade Média, deixou os lugares destinados ao seu tratamento improdutivos e inabitáveis, mas que também misturavam os degenerados sexuais, as prostitutas e todos aqueles que não eram socialmente aceitos (FOUCAULT, 2003).

Conforme Foucault (2003) apud Vieira (2007), no período da Renascença surge a figura da Nau dos Loucos, a qual ocupava um espaço fundamental na sociedade. Esta embarcação transportava os tipos sociais em uma grande viagem simbólica em busca da revelação dos seus destinos e de suas verdades. Esses barcos faziam parte do cotidiano dos loucos, que eram expulsos das cidades e transportados para territórios distantes. Foucault vê nessa circulação dos loucos mais do que uma simples utilidade social, o seu intuito era o de garantir a segurança dos cidadãos, evitando que os loucos ficassem vagando nos centros das cidades (VIEIRA, 2007).

Foucault (2003) aponta que inicialmente a loucura não estava ligada apenas às assombrações e aos mistérios do mundo, mas trazia em si as verdades do próprio homem, suas fraquezas, suas ilusões e seus sonhos, representando um sutil relacionamento que o homem mantinha consigo mesmo. Portanto, a loucura não traria em si a verdade do mundo, mas ao homem e à verdade que ele distingue de si mesmo.

A partir das reflexões de exclusão dos leprosos na idade média e o grande internamento do século XVII, Foucault (2003) entendeu que o vazio deixado pelos leprosos seria agora ocupado pelos loucos do classicismo, refletindo assim, uma nova segregação que possui significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais. Tais loucos eram indivíduos que perturbavam a ordem social e que não contribuíam para a produção de riquezas. Portanto, a internação serviu de medida para esses

indivíduos que eram incapazes para o trabalho e para seguir o ritmo da vida coletiva e dita civilizada.

Foucault (2003. p. 83) problematiza a seguinte idéia, o internamento era imposto ao “[...] debochado, imbecil, pródigo, enfermo, espírito arruinado, libertino, filho ingrato, pai dissipador, prostituta, insano. [...] Entre todos, não há indício de alguma diferença: apenas a mesma desonra abstrata”.

Fica claro que, segundo Vieira (2007), este modelo de internação construídos nestas instituições não seguia o funcionamento de um estabelecimento médico, mas sim uma estrutura semi-jurídica que, além dos tribunais, decide, julga e executa. Nessas organizações ainda não está posta nenhuma idéia de tratamento médico.

Foucault (2003) apud Vieira (2007) destaca que, apesar disto a grande internação se colocou como:

Um evento importante para a própria loucura, que agora é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho e da impossibilidade de integrar-se ao grupo, modificando o seu sentido drasticamente. Nasce, assim, uma nova sensibilidade em relação à loucura, na qual esta é *arrancada* de sua liberdade imaginária tão presente na Renascença e se vê *reclusa* pelo internamento e ligada à Razão e às regras da moral (FOUCAULT, 2003 apud VIEIRA, 2007, p. 10).

Portanto, é a partir do século XVIII que ocorreu uma nova reflexão para pensar a loucura em relação às práticas médicas, se constituindo então como um objeto a ser tratado pela medicina. Para que a medicina possa se apropriar da loucura como seu objeto, conforme Vieira (2007):

Será somente com o tratamento e o estudo da cura das doenças nervosas que a medicina se tornará em uma técnica privilegiada e que, enfim, estabelecerá uma ligação com a loucura, tão recusada pelo domínio do internamento. Serão com essas curas que nascerá a possibilidade de uma psiquiatria da observação, de um internamento de aspecto hospitalar e do diálogo do louco com o médico. (VIEIRA, 2007, p. 12).

Com esses novos estudos e só a partir do século XIX é que começará a se distinguir e construir uma distinção entre doenças fisiológicas e psicológicas. É a partir desta distinção que:

[...] nasce a psicologia. Não como verdade da loucura, mas como indício de que a loucura é agora isolada de sua verdade que era o desatino e de que doravante ela não será mais que um fenômeno à deriva, insignificante, na superfície indefinida da natureza. (FOUCAULT, 2003, p. 375).

Desta forma, o sentido negativo da exclusão relacionada à loucura se velou quando a internação assumiu um certo valor terapêutico para a medicina e se reestruturou sobre o pano das questões políticas, sociais e morais. Por mais que as práticas médicas e psicológicas se voltavam para os indivíduos, estas ainda estavam atreladas à consciência enquanto parcela moral (FOUCAULT, 2003). Sendo assim, é só a partir dessas questões que se pode pensar em um possível tratamento de maneira interdisciplinar entre a medicina e a psicologia.

Porém, se a proposta de transformação do internamento em asilo era de proteger o mundo contemporâneo contra a loucura, não foi o que de fato ocorreu. De certa forma, esta transformação contribuiu para libertar o louco da desumanidade, pois a partir do internamento o homem pôde ter acesso a si mesmo como um ser verdadeiro, que estava em busca de sua verdade, mesmo que esta verdade estivesse oculta. Tal fato pode ter contribuído claramente também, para o nascimento da psicologia, pois alguém ou algum saber deveria exercer função frente a esta verdade oculta denominada de loucura (VIEIRA, 2007).

No Brasil, a partir dos anos 60, ocorreu uma proliferação dos hospitais psiquiátricos privados, contratados pelo poder público, ao longo da ditadura militar. Lucrativa e fácil, a chamada indústria da loucura prosperava, com ostensivo respaldo do governo do país. Fabricava e multiplicava, com isto, os “doentes mentais”. A figura do louco reaparece com novas configurações, sendo aquele que divergia da família, ou a mulher quando brigava com o marido, ou o alcoolista quando perdia o emprego, e assim por diante. Portanto, milhares de brasileiros, de uma forma ou de outra, foram declarados “anormais” e capturados em uma única teia, que os conduzia infalivelmente ao hospital psiquiátrico (LOBOSQUE, 2001).

Lobosque afirma ainda que:

A entrada no hospital operava, de imediato, a exclusão da subjetividade e o roubo da cidadania: jogados nos pátios ou perambulando pelos corredores, semi-nus ou uniformizados, estavam á inteira disposição dos eletrochoques, celas fortes, doses altíssimas de

medicação; encontravam-se á mercê , enfim, da vontade e do domínio alheio. (LOBOSQUE, 2001, p.24).

Os autores Fraga, Souza e Braga (2005), relatam que a gestação do processo de Reforma Psiquiátrica teve seu início nos diversos encontros de trabalhadores de saúde mental que se efetuaram, especificamente, em cidades da região Sudeste. Posteriormente, foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental, nos anos de 1987, 1992 e 2001, com uma abrangência e participação popular ainda maior. Os objetivos das discussões iniciais abarcavam denúncias das condições degradantes da assistência que era prestada nos asilos e hospitais psiquiátricos.

Conforme Lobosque (2001), o ano de 1993 marcaria a consolidação do movimento antimanicomial no Brasil, tal como se constitui inicialmente em 1987, sendo um ator social de peculiar expressividade, não apenas no âmbito da saúde mental, mas no cenário político brasileiro.

O I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador, reafirma os princípios básicos da identidade do movimento: sua independência do aparelho de Estado, seu compromisso de transformação social, sua bandeira por uma sociedade sem manicômios, o caráter não partidário, mais inegavelmente político desta militância (LOBOSQUE, 2001).

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, foram definidos os pontos principais do novo modelo de assistência em saúde mental, o que mais tarde foi aperfeiçoado. Adicionaram-se proposições como: reverter o modelo hospitalocentrico, implantação de uma rede extra-hospitalar e atenção multiprofissional de assistência; proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos ou a ampliação dos existentes; a desativação progressiva dos leitos existentes; a inserção de leitos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais; integração da política de saúde mental a outros programas de saúde, movimentos sociais e instituições (FRAGA, SOUZA E BRAGA, 2005).

Os autores acima citados apontam ainda que, a Reforma Psiquiátrica abarcou a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, podendo então ser vista como um campo heterogêneo de diferentes atores articulados entre si. Apesar deste movimento libertador, a Reforma Psiquiátrica brasileira sempre contou com adversários poderosos, desde os proprietários dos hospitais psiquiátricos privados, que se

destacaram, até entidades médicas conservadoras. (FRAGA, SOUZA E BRAGA, 2005).

## **PROCESSO HISTÓRICO DA CRIMINOLOGIA E DO CRIME**

Paralelamente ao movimento social, político e técnico, que re-situaram o lugar do louco, bem como as formas de tratamento extra-muro, outras figuras também estavam sujeitas à medidas de internação em instituições fechadas. Esta figura é o criminoso.

Os autores Gomes e Molina (2010), nos relatam que o crime é um fato tão antigo quanto o homem e que sempre houve fascínio e preocupação em relação a este fato. Por este motivo, com relação ao crime e ao criminoso, em cada civilização, sempre existiu uma experiência cultural, uma imagem ou representação. Eis que surge atualmente a ciência que se intitula de “Criminologia”, que constitui seu objeto – o crime – como fenômeno humano e social que necessitaria de fronteiras conceituais (GOMES e MOLINA, 2010).

Fazendo um percurso histórico, desde a Antiguidade já se pensava em dispositivos para punir o ato criminoso, a exemplo disso os autores Fernandes e Fernandes (1995), citam o Código de Hamurabi, datado entre 1728 e 1686 A.C. Neste código, encontram-se dispositivos para punir o delito de corrupção praticado pelos altos funcionários públicos. Além disto, conceitos de inegável fundamento ou inspiração criminológica são apresentados a partir dos pensadores gregos, como Alcmeon, de Cretona, séc. VI A.C., para a sistematização do entendimento do crime.

Avançando, Hipócrates (460-355 a.C.) em sua obra “Aforismos”, emitiu um conceito criminológico ao dizer que todo vício seria fruto da loucura, cuja dedução recaía na pretensão de que todo crime também seria fruto da loucura. Desta forma, considerando que o vício é menos grave que o crime, sob o ponto de vista ético-moral, e se, além disso, existem vícios que são criminosos, aqueles que não o são - se um comportamento menos grave (o vício) era produto de alienação mental - a conduta mais grave (crime) também o seria (FERNANDES e FERNANDES, 1995).

Os autores Fernandes e Fernandes (1995), concluem esta construção entendendo que, a partir de Platão, o que move o homem ao crime seriam sentimentos

diversos e os contextos sociais e econômicos envolvidos, cuja pena inibiria a possibilidade de seu surgimento:

Platão (427-347 a.C.) também emitiu conceito criminológico, ao afirmar “o ouro do homem sempre foi motivo de seus males” em sua obra *A República*, ao pretender demonstrar que a ambição, a cobiça, a cupidez levavam à criminalidade, ou seja, fatores econômicos são desencadeantes de crimes. Para Platão, o meio, as más companhias, os costumes dissolutos, podem converter pessoas inexperientes, os jovens, em criminosos. Ressaltando que a pena tem um aspecto intimidativo e, portanto funcionaria para inibir a ação delituosa (FERNANDES E FERNANDES, 1995, p.56).

Em Roma, Sêneca (4 a.C. d.C.) fez uma análise sobre a ira, considerando-a como principal responsável pelos crimes, argumentando que a ira seria o motivo da sociedade viver em constante luta fratricida. Sêneca foi considerado, o que veio a ser bem mais tarde, um criminólogo (FERNANDES E FERNANDES, 1995).

Na Idade Média, somente após o surgimento de São Tomás de Aquino (1226-1274) é que a criminalidade passou a se tornar alvo de reparo e preocupação dos governantes. Ele viria a ser o grande criador da chamada “justiça distributiva”, a qual manda dar a cada um aquilo que é seu, segundo uma certa igualdade (FERNANDES E FERNANDES, 1995). Afirmara também que a pobreza é normalmente uma incentivadora do roubo e defendeu o chamado “furto famélico”, atualmente consagrado na legislação penal brasileira como “estado de necessidade”, uma das quatro excludentes de crime. No séc. XIII surge Afonso X, o Sábio, que define o assassinio e tratava dos intitulados crimes premeditados e mediante remuneração (FERNANDES E FERNANDES, 1995).

As denominadas “ciências ocultas” também são citadas, como tentativas de explicar o crime, durante o período de transição da Idade Média para os chamados Tempos Modernos (séc. XIV ao séc. XVI). Como se sabe, naquela época, os criminosos também eram considerados como possuídos pelo demônio, além dos loucos e dos portadores de alienação mental, sendo sistematicamente caçados e encarcerados, ou até mesmo sacrificados pelos terríveis Tribunais da Inquisição espalhados por todo o mundo (FERNANDES E FERNANDES, 1995).

[...] O mau comportamento do homem ou a sua má conduta, nesse período da história humana era interpretado como um

*morbusdiabolicus*, uma enfermidade diabólica, e os acometidos por ela tinham por remédio a queima pelo fogo purificador de uma fogueira humana [...] (FERNANDES E FERNANDES, 1995, p.59).

Os autores Fernandes e Fernandes, (1995) ressaltam que, a Demonologia (ciência que buscava conhecer os indivíduos pretensamente possuídos pelo demônio), apesar de todas as suas superstições e crueldade, teve por mérito, se assim se possa dizer, transformar-se na sementeira para o surgimento da moderna psiquiatria, ramo da medicina que tantos benefícios têm prestado à humanidade, aos doentes mentais e, até mesmo, à aplicação da justiça penal (FERNANDES E FERNANDES, 1995).

Nos dias atuais, apesar da sistematização cada vez mais científica do crime, consubstanciada nos atos de extrema violência, agressão, a prática de seqüestros, roubos seguidos de morte e estupros com morte, desafio a sociedade e acarreta uma profunda apreensão e angustiante temor à própria coletividade (FERNANDES E FERNANDES, 1995). Diante disto, a parcela das pessoas que cometem crimes, que podem ser consideradas “loucos-criminosos”, estaria submetida à quais formas de correição: o tratamento ou a prisão?

Para o Código Penal Brasileiro em vigência, as pessoas acometidas de transtornos mentais, que venham a cometer crimes, são consideradas inimputáveis ou semi-imputáveis. A forma de cumprimento de pena denomina-se medida de segurança e mantém semelhança à pena, no que se refere à diminuição de um bem jurídico, tratando-se, pois, de uma sanção penal (BRASIL, 2010). Contudo sua natureza é apontada como preventiva:

A medida de segurança não deixa de ser uma sanção penal e, embora mantenha semelhança com a pena diminuindo um bem jurídico, visa precipuamente à prevenção, no sentido de preservar a sociedade de ação de delinquentes temíveis ou de pessoas portadoras de deficiências psíquicas, e de submetê-las a tratamento curativo. (MIRABETE, 2005, p. 713.)

Esta diferença se dá pelo entendimento de que se pressupõe uma culpa em cada crime, mas que a determinação desta culpabilidade apenas é possível na medida em que a pessoa que o cometeu teria alguma consciência de seu ato. Portanto, a pena e a medida de segurança se caracterizam da seguinte forma:



A pena pressupõe a culpabilidade; a medida de segurança pressupõe a periculosidade. A pena tem seus limites no mínimo e máximo pré-determinados (Artigos 53, 54, 55, 58 e 75 do Código Penal); a medida de segurança tem o prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, porém o máximo da duração é indeterminado, perdurando a sua aplicação enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade (Art. 97, do código Penal, § 1º); a pena exige a individualização, atendendo às condições pessoais do agente e às circunstâncias do fato (Artgs. 59 e 60, do Código Penal); a medida de segurança é generalizada à situação de periculosidade do agente, limitando-se a duas únicas espécies (internação e tratamento ambulatorial) (Art. 96, Código Penal.) (DOTTI, 2005, p.61).

Entende-se que a culpabilidade é o Juízo de reprovação social que recai sobre um autor capaz, pela prática de um fato típico e anti-jurídico, ou ainda segundo Nucci (2008) [...] “é a reprovação social incidente sobre o fato e seu autor, devendo o agente ser imputável, atuar com consciência potencial de ilicitude”. Nesta direção, a imputabilidade da culpa seria:

[...] a capacidade que o indivíduo possui de entender o caráter ilícito do fato e de conduzir-se de acordo com esse entendimento. O juízo de culpabilidade pressupõe um juízo de imputabilidade. A imputabilidade é, portanto, elemento - pressuposto, juízo de valor ou requisito - da culpabilidade (TRINDADE, BEHEREGARAY E CUNEO, 2009, p. 124).

Também podendo ser entendida no contexto jurídico como um conjunto de características que dão condições ao agente de se responsabilizar pelo ato infracional, entendendo o ato como uma ação que contraria os princípios da ordem jurídica (JESUS, 2000). Portanto, a imputabilidade ocorre quando:

[...] o sujeito é capaz de entender a ilicitude de sua conduta e de agir de acordo com esse entendimento. Só é reprovável a conduta se o sujeito tem certo grau de capacidade psíquica que lhe permita compreender a antijuridicidade do fato e também a de adequar essa conduta a sua consciência. Quem não tem essa capacidade de entendimento e de determinação é inimputável, eliminando-se a culpabilidade. [...] (MIRABETE E FABBRINI, 2008, p. 207).

Não havendo a possibilidade da atribuição ou da assunção da culpa pelo ou ao agente, a imputabilidade só seria excluída através do artigo 26 do Código Penal, que versa: “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”. (BRASIL, 2010).

Temos ainda em nosso ordenamento jurídico, que a inimputabilidade não pode ser presumida, devendo ser comprovada por meio de perícia técnica. De acordo com Trindade, Beheregaray e Cuneo (2009):

Para ser considerado inimputável não basta que o agente seja portador de doença mental, ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado. É necessário que, em consequência desses estados, seja inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, no momento da ação ou da omissão. Assim, ainda que portador de doença mental, caso o agente possua capacidade intelectual e de autodeterminação no momento da conduta, será considerado imputável. (TRINDADE, BEHEREGARAY E CUNEO, 2009, p. 129).

Assim sendo, os pressupostos fundamentais para a aplicação das medidas de segurança são: a prática de fato prevista como crime e a periculosidade do agente, que é a probabilidade de o sujeito vir ou tornar a praticar crimes, bem como a devida comprovação técnica da inimputabilidade da culpa (MIRABETE, 2005). Portanto, as penas teriam um caráter retributivo-preventivo, pautadas na culpabilidade e as medidas de segurança teriam uma natureza preventiva, encontrando seu fundamento na periculosidade do sujeito. Assim também entende Mirabete (2005):

Embora de forma implícita, permanecem os pressupostos para aplicação da medida de segurança: a prática de fato definido como crime, e a periculosidade do agente, que é presumida no caso de inimputabilidade, e aferível pelo juiz ao condenado semi-imputável. (MIRABETE, 2005, p. 715).

Se o agente tem alguma consciência da ilicitude de sua conduta, mas sua culpabilidade é diminuída em razão de suas condições pessoais, não tem a plenitude da capacidade intelectual e volitiva, não tem supressão completa do juízo ético, e são em regra mais perigosos que os insanos (TRINDADE; BEHEREGARAY e CUNEA, 2009). Subentendendo a existência da periculosidade dos “loucos que cometem crimes”, estas deverão obrigatoriamente ser submetidas à medida de segurança, enquanto que os semi-imputáveis esta medida não é obrigatória, mas sim facultativa:

Periculosidade é a potencialidade para praticar ações lesivas. [...] Na inimputabilidade, a periculosidade é presumida, basta o laudo apontar a perturbação mental para que a medida de segurança seja obrigatoriamente imposta. Na semi-imputabilidade, precisa ser constatada pelo juiz. Mesmo o laudo apontando a falta de higidez mental, deverá ainda ser investigado, no caso concreto, se é caso de pena ou de medida de segurança. No primeiro caso tem-se a periculosidade presumida, no segundo, a periculosidade real. (CAPEZ, 2008, p. 184 e 185.)

Para a aplicação das Medidas de Segurança, existem duas modalidades: a retentiva (internação) e a restritiva (tratamento ambulatorial) que deverá ser feita em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, ou na falta dele, em outro estabelecimento adequado (WAGNER, 2008). Portanto, conforme Delmanto (2007, p. 273) “os hospitais de custódia e os tratamentos psiquiátricos não passariam apenas de ‘novo nome’ dado aos tristemente famosos ‘manicômios judiciários brasileiros’, cuja internação é situada como o mesmo destino que o autor imputável teria”, ou seja, uma pena de reclusão e não prevenção.

Segundo Ferrajoli (2006), embora não seja uma pena, no sentido estrito do termo, a medida de segurança representa o exercício do poder estatal, por que sua disciplina jurídica está inserta no Código Penal, na qual a cuja aplicação se dá por sentença limitando a liberdade do inimputável.

Neste sentido, por mais que alguém cometa algum crime, independente de ser considerado inimputável, cabem-lhe medidas de segurança com o mesmo caráter das medidas de restrição de liberdade, relegando àqueles que, por sua condição de sofrimento mental, como alguém que não poderia conviver em sociedade. Portanto, se este cenário se apresenta nos processos jurídicos existentes no Brasil, contrapondo os preceitos da luta antimanicomial e da atual política de saúde mental, cabe questionar de que forma isto tem se colocado em Mato Grosso.

A partir da realização de uma revisão das publicações existentes nas principais revistas e bibliotecas eletrônicas, como o scielo, bireme e bvs-psi, constatou-se uma carência de publicação referentes ao estado de Mato Grosso abordando este assunto. Porém, encontra-se algumas publicações sobre o processo da reforma psiquiátrica, que, de certa forma, toca superficialmente o processo de consolidação do manicômio judiciário do estado.

## **O MANICOMIO JUDICIÁRIO NO ESTADO DE MATO GROSSO**

De acordo com Machado (1978) apud Oliveira (2000), a partir do século XIX, a necessidade de produção de um novo tipo de indivíduo na sociedade capitalista determinou um novo modelo de medicina, que visava ao controle dos indivíduos, à produção de corpos produtivos e inofensivos. Nesse contexto, onde a medicina incorpora a sociedade como seu objetivo, surge a psiquiatria, que assume a tarefa de medicalizar o comportamento do louco.

Conforme a autora citada acima, o hospício foi o local concebido pela medicina para se exercer a pedagogia da ordem necessária à recuperação do louco. O isolamento, a vigilância, a organização classificatória, a hierarquia e a repressão nele contidos eram os instrumentos necessários para a normalização do louco (MACHADO (1978) apud OLIVEIRA, 2000).

Ainda no século XIX, o Estado se tornou, a partir da instalação da Inspetoria Geral de Higiene, o responsável pela vigilância das localidades e habitações populares, bem como pela direção, propagação e fiscalização do serviço de vacinação e de alimentação pública. Cabendo uma divisão entre: o Estado, para regulamentar a organização do espaço social dos loucos, e os médicos, cuja responsabilidade técnica era atribuída (COSTA, 1985).

Sobre as medidas de higiene, Silva (2009) relata que em Cuiabá também se fez notar a preocupação com a saúde pública, a exemplo do que ocorria em São Paulo e Rio de Janeiro. Como decorrência da mudança do processo de produção, havia um desejo por uma cidade burguesa ordenada e higienizada.

Neste contexto, foi fundada em 1816 a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, como primeira Instituição Médica do Estado de Mato Grosso. De acordo com Cruz (1995) apud Oliveira (2000), este foi o primeiro lugar que ofertava um espaço “médico” para o tratamento das pessoas em sofrimento mental:

No ano de 1905, foi inaugurada a enfermaria de alienados da Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, primeira iniciativa local de atendimento médico aos alienados. Esta, em 1908, já necessitava ser transformada em enfermaria prisão, onde possam ser recolhidos os enfermos sujeitos às perturbações mentais, pois em enfermaria livre torna-se difícil evitar a fuga (CRUZ, 1995 apud OLIVEIRA 2000, p.86).

Na década de 1930 em Cuiabá, começou-se a utilizar, para abrigo e reclusão dos loucos, uma chácara que era destinada aos prisioneiros da cidade, localizada às margens do rio Coxipó. A “Chácara dos loucos”, como ficou conhecida, era mantida pelo Governo do Estado e havia, além da guarda feita por policiais, atendimentos realizados por médicos e enfermeiros, de maneira esporádica e voluntária (OLIVEIRA, 2000).

Conforme Lopes Rodrigues apud Resende (1994), decorridos quase 100 anos das denúncias a respeito das condições desumanas dos loucos no Rio de Janeiro, a situação da assistência psiquiátrica ao final da década de 1950 era caótica em todo o país. Inclusive a Chácara dos loucos do Coxipó da Ponte, em Cuiabá, que oferecia um lúgubre cenário aos olhos das autoridades que sofrem verdadeiros arrepios ante as cenas medievais ali existentes. Tais condições remetem às instituições fechadas, conforme as características apontadas por Goffman das instituições totais:

A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; aí reside seu especial interesse sociológico. Há também outros motivos que suscitam nosso interesse por esses estabelecimentos. Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu. (GOFFMAN, 1974, p.22).

O Hospital Aduino Botelho, atual local para o tratamento hospitalar às pessoas em sofrimento mental, só foi inaugurado em 1957, em decorrência das reclamações da população e das autoridades locais, após o convênio firmado entre o Governo do Estado de Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais (OLIVEIRA, 2000).

Este se torna, até meados da década de 70, o um único hospital psiquiátrico em Cuiabá. Sua assistência era precária, como em todos os outros hospitais psiquiátricos públicos brasileiros. Ao contrário da tendência nacional de privatização, em Cuiabá e no Estado de Mato Grosso, não houve nesta época o processo denominado de “Indústria da Loucura” (OLIVEIRA, 2000).

O elemento central do modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá, do início até o final da década de 1980, tinha como funcionamento um modelo asilar. Sua principal característica era a se constituir como grandes depósitos de loucos, como muitos outros hospitais psiquiátricos públicos brasileiros, que haviam se encarregado de acolher loucos, deficientes físicos e mentais, delinquentes, alcoolistas, e toda uma classe de pessoas excluídas do processo de produção (OLIVEIRA, 2000).

No ano de 1989, foi inaugurado o primeiro Hospital privado conveniado no cenário da assistência psiquiátrica de Cuiabá. Nesse período, a doença mental, com o processo de redemocratização, foi elevada, ao nível do discurso, à condição de co-participante do processo de mudança no setor de saúde brasileiro. Porém, seu modelo de atendimento era “hermeticamente fechado”, enquanto que, no mundo e no Brasil, ocorria já há alguns anos, um movimento de crítica e de redefinição de tal modelo. (OLIVEIRA, 2000).

No ano de 1991, o Hospital Adauto Botelho foi fechado para reforma, pelo Governo Estadual deixando a população de Cuiabá e de quase todo o Estado dependente dos serviços de um hospital privado, durante um período de quase três anos. A lógica do mercado empresarial passou a definir as regras na área da saúde mental que, diante de um crescimento populacional por volta de 7,5%, viu o número de leitos psiquiátricos aumentar em 268%, todos em apenas um único hospital privado conveniado. Pode-se dizer, então, que a “Indústria da Loucura” se apresentava em Cuiabá, tardiamente, mas em relevante crescimento (OLIVEIRA, 2000).

Em 1993 o hospital Adauto Botelho é reaberto com a nomenclatura de Centro Integrado de Assistência Psicossocial Adauto Botelho (CIAPS), ainda vinculado à Secretaria Estadual de Saúde pela lei de nº 6.191 de 1993, com uma nova proposta, de se tornar um serviço de referência estadual em saúde mental no Estado. Essa nomenclatura surgiu arraigada de atribuições oriundas dos aspectos da reforma psiquiátrica, que deixou de ser um Hospital Psiquiátrico e passou a ser um Centro Integrado que agrega o psicossocial, com a vertente de mudança em uma postura ao atendimento, visando eficiência e atendimento humanizado, com técnicas e intervenções com referência à Política Nacional de Saúde (SANTOS, 2013).

Seguindo este contexto, o CIAPS Adauto Botelho começou a receber também os doentes mentais que haviam cometido algum tipo de crime ou que estivesse com pendências judiciais. Estas pessoas ficavam, durante o período de reforma, no presídio comum e foram direcionadas ao CIAPS por determinação judicial. O problema acarretado por esta decisão se colocava a partir do entendimento de que esse paciente cumpriria uma medida preventiva, demandando um tipo de tratamento mais prolongado, o que escapava das determinações de internação da Unidade de Saúde Mental, que era de 7 a 15 dias. Com o aumento da demanda de pacientes psiquiátricos com pendências

com a justiça, o CIAPS Adauto Botelho já não conseguia atender ao que era proposto em sua regulamentação (SANTOS, 2013).

Assim, em 17 de dezembro de 2003, surge a Unidade de Saúde II, denominada de Unidade II situada dentro do Presídio Pascoal Ramos, hoje denominado Penitenciária Central do Estado de Mato Grosso. Sua finalidade era a de atender particularmente todo indivíduo que em função de um transtorno mental cometeu algum tipo de crime, neste caso um ato infracional, e por sentença judicial foi submetido à medida de segurança. A partir de sua entrada na unidade II, quem determinava agora o prazo de sua permanência e saída era o Juiz de Direito, amparado pelo saber da equipe médica (SANTOS, 2013).

Sobre a decisão do Juiz, GURGEL (2012) afirma que:

O peso conferido pelo juízo ao teor do laudo pericial decorre do grau de confiabilidade na atuação eminentemente técnica do perito, instrumento que, em regra, demonstra-se fundamental à formação do juízo de convencimento do magistrado (GURGEL, 2012, p. 17).

Em 2011, a partir dos dados coletados após a realização de um censo penitenciário, havia uma população de 30 indivíduos, cumprindo em sua maioria, medidas de segurança e apenas um como internação temporária. Desta população, havia uma concentração de 59% (17) de indivíduos pretos e pardos e de 10% (3) de brancos (DINIZ, 2013).

A concentração de diagnósticos, em sua maioria, era de esquizofrenia (11 pessoas), um único indivíduo tinha o diagnóstico de retardo mental, duas (2) pessoas com epilepsia e duas (2) pessoas com transtornos de personalidade. Além disso, havia um único indivíduo com transtornos mentais orgânicos. Apesar destes números, doze (12) dos dossiês não registravam informação sobre o diagnóstico da população (DINIZ, 2013).

Dos crimes cometidos por estas pessoas, 29 medidas de segurança se deram pela ocorrência de 29 infrações penais. Destas, uma concentração se dava em crimes contra o patrimônio e de homicídios, ambos com 31% (9 pessoas) e de tentativas de homicídio, com três (3) pessoas (DINIZ, 2013).

Como não é possível determinar o período em que estas pessoas permaneceram na instituição após a realização do censo, pela ausência de publicações e fontes bibliográficas, não se pode afirmar que o uso destas medidas de prevenção tenham um caráter excludente em si.

Porém, o imbricamento entre uma unidade de saúde, vinculada ao centro integrado psicossocial, que surge carregando os preceitos da reforma psiquiátrica e da luta Antimanicomial, e uma unidade prisional apontam para uma possível concepção de que a figura do louco-criminoso ainda se apresentava de forma fundida como um único personagem, e não alguém que em sofrimento mental cometeu algum ato infracional. Ainda pesando-lhes mais a periculosidade do “criminoso” do que o transtorno do “louco”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência de visitar e ter contato com pessoas com transtorno mental cumprindo medida de segurança foi uma oportunidade de pensar e refletir sobre a violação dos direitos humanos em oposição à defesa do direito coletivo.

A partir da leitura da obra de Foucault, entende-se a construção social da loucura e seu desenvolvimento ao longo dos séculos e também como o indivíduo com transtorno mental foi transformando-se, na medida em que a sociedade torna-se capitalista, de um ser inofensivo e brincalhão a alguém que oferece risco potencial ao bem estar social. Diante deste risco eminente, a sociedade construiu muros que os isolassem deste convívio sobre a égide da proteção ao patrimônio e aos cidadãos “normais”.

Essa proteção vem adjetivada de tratamento, ou seja, ao erguer muros a justificativa era a contenção do sujeito com transtorno mental para que fosse possível tratá-lo e reintegrá-lo perfeitamente dentro dos padrões sociais. Mesmo o Código Penal Brasileiro, instituindo a medida de segurança com prazo de 1 a 3 anos, a realidade vista dentro da unidade de saúde mental do Estado não se concretizava. O que se via, a partir da visita, eram pessoas esquecidas que ultrapassam este prazo determinado em lei.

Apesar do médico psiquiatra exercer um papel importante neste processo, através da perícia e do exame de cessação de periculosidade, estes indivíduos se encontram a mercê da Justiça, sendo o Juiz de Direito quem irá proferir a sua sentença. Ocorre que a pessoa portadora de transtornos mentais que comete crime é inimputável conforme a redação legal, devendo, portanto, ser encaminhado à uma instituição de saúde para tratamento do seu transtorno.



O que se encontrou na revisão bibliográfica não aponta para esta direção, pois, ao impetrar uma medida de segurança, o que sobressai não é o tratamento, mas uma dupla penalização do paciente. Ele é submetido, inicialmente, ao sistema carcerário como um criminoso comum e recebe “tratamento” de louco. O “tratamento” vem entre aspas para apontar que o cuidado e a atenção que se deve ter numa prática de reabilitação inexistem nesta interface entre saúde e justiça.

Diante da realidade constatada e dos dados apresentados de uma unidade de saúde mental localizado no interior de uma penitenciária ficam algumas questões, a saber: esta forma de cuidar dos sujeitos com transtornos mentais que cometem crime, em local destinado à pessoas ditas “comuns” mas que cometeram crimes, se dá pelo fato de que esta população em particular ainda não teve seu status alterado? Ou ainda que, ao ser um sujeito com transtorno mental e criminoso, a medida de prevenção se torna uma sentença perpétua de impossibilidade de reabilitação e reinserção? Por que os avanços da luta antimanicomial não atingiram esta parcela da população?

A pesquisa realizada por este estudo esclarece algumas dessas interrogações, mas abre para outras, a partir desta situação que faz pensar sobre o sentido atribuído à medida de segurança como forma de tratamento. Porém, o que está posto dentro da unidade de saúde mental, como medida de segurança não prioriza o tratamento em si, e no sistema prisional não cabe a pessoa com transtorno mental.

Apesar da militância dos trabalhadores em saúde mental, que resultou na luta antimanicomial e com os avanços oriundos da reforma psiquiátrica, a realidade do portador de um transtorno mental em cumprimento de medida de segurança no Estado ainda apresenta traços característicos de punição e exclusão. Pois, ao colocá-lo dentro de uma unidade prisional, rompe-se com as possíveis intenções reabilitadoras que previam um tratamento humanizado, mantendo sua identidade e sua subjetividade, e principalmente garantindo a sua reabilitação psicossocial.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Código Penal (1940). In: ANGHER, Anne Joyce. **VadeMecum Universitário de Direito Rideel**. 8<sup>a</sup> ed. São Paulo: RIDEEL, 2010.
- CAPEZ, Fernando. **Código Penal Comentado** – 2<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2008.
- COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
- DELMANTO, Celso [et al]. **Código penal comentado** – 7<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2007.

- DINIZ, Débora. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011** [recurso eletrônico] Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2013.
- DOTTI, René Ariel, 1934 – **Curso de Direito Penal: Parte Geral** – Rio de Janeiro: Forense, 2005.
- FERNANDES, Newton e FERNANDES, Valter. **Criminologia Integrada**. Ed. Revista dos Tribunais. São Paulo: 1995.
- FERRAJOLI, Luigi. **Direito e Razão. Teoria do Garantismo Penal**. São Paulo: RT, 2006.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura** [1961]. São Paulo: Perspectiva, 2003.
- FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SOUZA, Ângela Maria Alves e; BRAGA, Violante Augusta Batista. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir**. Fortaleza: 2005.
- GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Ed. Perspectiva, São Paulo: 1974.
- GOMES, Luiz Flávio e MOLINA, Antonio Garcia-Pablos de. **Criminologia: introdução a seus fundamentos teóricos: introdução às bases criminológicas da Lei 9.099/95, lei dos juizados especiais criminais**. Tradução Luiz Flávio Gomes, YebbinMorote Garcia, Davi Tangerino. 7ª. ed. reform., atual. e ampl. – São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2010.
- GURGEL, Rafael Gomes Silva. **Medicina Legal: A Precariedade Da Psiquiatria Forense No Âmbito Penal**. BARBACENA: UNIPAC, 2012. Disponível em: <http://www.unipac.br/bb/tcc/tcc-fe3be754dc83ec95db35385b33511a1a.pdf>. Acesso em: 02/11/2013.
- JESUS, Damásio Evangelista. **Código Penal Anotado** – 10ª ed. São Paulo: Saraiva, 2000.
- LOBOSQUE, Ana Maria. A luta antimanicomial: construção de um lugar. In: **Revista da saúde – Reforma Psiquiátrica: cuidar sim, exclui não**. Ano II, n. 2, p. 24, Dezembro, 2001.
- MIRABETE, Julio Fabbrini – **Código Penal interpretado** – 5ª ed. – São Paulo: Atlas, 2005.
- MIRABETE, Julio Fabbrini. FABBRINI, Renato N. **Manual de Direito Penal**. 24ª ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2008.
- NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**– 9º ed. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2008.
- OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. **O Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá: contribuição ao Estudo das Suas Características e Determinantes**. Col.de Enf., Cuiabá-MT. Vol. 2. N.1, jan/jun., 2000.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.A. e COSTA, N. R. (Org.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- SANTOS, Jane Pimenta dos. **Projeto Terapêutico Global Unidade II**. Cuiabá, 2013. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ciaps/arquivo/4128/projetos%20DIA%2018/10/2013>. Acesso em 18/10/2013.
- SILVA, I. M. F. **A democratização da política de saúde em Cuiabá: estudo do conselho Municipal de Saúde** – gestão 93/95. São Paulo, 1996, 156 p. (Dissertação, Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1996. TJSP, RT 608/325 In: **Revista dos tribunais**, São Paulo, v. 94, n. 608, p. 325, Abril, 2009.

TRINDADE, Jorge. BEHEREGARAY, Andréa, CUNEO, Mônica Rodrigues. **Psicopatia – a máscara da justiça**. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2009.

VIEIRA, Priscila Piazzentini. **Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault**. In Revista Aulas, Dossiê Foucault, N.3 - Dezembro 2006/Março 2007.

WAGNER, Dalila. **Psicopatas Homicidas e sua Punibilidade no Atual Sistema Penal Brasileiro**. Juiz de Fora: Universo Jurídico, 2008.