



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA SOCIAL

ANA LUIZA GONÇALVES DOS SANTOS

**CARTOGRAFIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL DE  
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO**

**(2007-2016)**

RIO DE JANEIRO

2016

ANA LUIZA GONÇALVES DOS SANTOS

**CARTOGRAFIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL DE  
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Memória Social.

Área de concentração: Estudos Interdisciplinares em Memória Social

Linha de Pesquisa: Memória, Subjetividade e Criação  
Orientador: Prof. Dr. Francisco Ramos de Farias

RIO DE JANEIRO

2016

ANA LUIZA GONÇALVES DOS SANTOS

**CARTOGRAFIA DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO HOSPITAL DE  
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Memória Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Francisco Ramos de Farias – Orientador – UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Diana de Souza Pinto – UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup> Lobelia da Silva Faceira – UNIRIO

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marilene Affonso Romualdo Vertheim – UFF

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laurinda Rosa Maciel – FIOCRUZ

---

SUPLENTE:

Prof. Dr. Ricardo Salztrager – UNIRIO

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Romina Moreira de Magalhães Gomes – TJMG-PAIPJ

---

**LISTA DE SIGLAS**

AT – Acompanhamento Terapêutico

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CID – Código Internacional de Doenças

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

DESIPE – Departamento do Sistema Penitenciário do Rio de Janeiro

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FAPERJ – Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HH – HCTP Heitor Carrilho

HNA – Hospital Nacional de Alienados

HR – HCTP Henrique Roxo

MJRJ – Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro

RM – Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEAP – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária

SIF – Serviço de Internação Feminina

SISREG – Sistema Nacional de Regulação em Saúde

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SOE – Serviço de Operações Especiais

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

UPA – Unidade de Pronto - Atendimento

VEP – Vara de Execuções Penais

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Ataque demoníaco, 61

Figura 2 – Simulação da loucura: durante e após o julgamento, 62

Figura 3 – Hospício de Pedro II, 72

Figura 4 – Mapa de Hospício de Pedro II – Complexo, 72

Figura 5 – Mapa do Hospício de Pedro II – Primeiro pavimento, 73

Figura 6 – Mapa do Hospício de Pedro II – Segundo pavimento, 73

Figura 7 – Planta do Hospício Nacional de Alienados, 74

Figura 8 – Juliano Moreira e a Seção Lombroso, 93

Figura 9 – Heitor Carrilho e a Seção Lombroso, 93

Figura 10 – Busto de Heitor Carrilho, 118

Figura 11 - Terreno doado pela família Heitor Carrilho, 122

Figura 12 – Uma visão do futuro – Maquete do Manicômio em construção. Arrojado  
Plano de Heitor Carrilho, 123

Figura 13 – Pavilhão técnico-pericial do Hospital de Custódia e Tratamento psiquiátrico  
Heitor Carrilho, 123

Figura 14 - Planta do Pavilhão de Administração do Manicômio Judiciário do Rio de  
Janeiro em 1926, 124

Figura 15 – Portaria do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, s/d, 125

Figura 16 – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, atual Instituto de Perícias Heitor Carrilho, 125

Figura 17 – Rede do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, 156

Figura 18 – O “Chapadão” no Pavilhão Feminino, 160

Figura 19 – Distribuição etária dos internados no HCTP Heitor Carrilho em dezembro de 2007, 166

Figura 20 – Situação Laborativa dos internados no HCTP Heitor Carrilho em dezembro de 2007, 167

Figura 21 – Histórico de tratamento psiquiátrico dos internados no HCTP em 2007, 167

Figura 22 – Quadra esportiva no HCTP Heitor Carrilho, 171

Figura 23 – Pátio coberto no HCTP Heitor Carrilho, 171

Figura 24 - Regiões de saúde no Rio de Janeiro, 184

Figura 25 - Regiões de saúde no Rio de Janeiro, 185

Figura 26 – Regiões de saúde no Rio de Janeiro, 186

Figura 27 - Regiões de saúde no Rio de Janeiro, 187

Figura 28 - Regiões de saúde no Rio de Janeiro, 188

Figura 29 – A cidade do Rio de Janeiro dividida em 10 áreas programáticas, 191

Figura 30 - Pacientes do HCTP Heitor Carrilho por município de origem de 2010 a julho de 2012, 196

Figura 31 – Pacientes desinternados de 2010 a julho de 2012 em acompanhamento no território, 196

Figura 32 – Rede de Atenção em Saúde Mental, 206

Figura 33 – Fluxo do atendimento psiquiátrico na SEAP-RJ em 2011, 215.



## ÍNDICES DE QUADROS

Quadro 1 – Equipes segundo situação jurídica dos internados no HCTPHH, 41

Quadro 2 – Precusores do conceito de psicopatia, 55

Quadro 3 – Surgimento e evolução do conceito de psicopatia, 56

Quadro 4 – Comparação entre Clerckley, CID-10, DSM-V, 58

Quadro 5 – Eventos no HCTP Heitor Carrilho no período de 2009-2013, 172

Quadro 6 – Usuários do HCTP Heitor Carrilho por áreas programáticas, 192

Quadro 7 – Programação do dia 13/03/10, 219

Quadro 8 – Últimos desinternados abrigados no ano de 2016, 227

Quadro 9 – Situação dos desinternados em 2016, 227

Quadro 10 – Território por paciente desinternado em 2016, 228

Quadro 11 - Reinserção Psicossocial – Anos 2010-2016 (últimos desinternados até 29/02), 228

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Francisco, pela generosidade, incentivo e transmissão do amor à pesquisa e à produção científica.

À Diana pelas trocas generosas, vivacidade e dinamismo na construção da vida acadêmica.

À banca de qualificação do doutorado pelas inúmeras contribuições na tese.

Aos professores do doutorado pela iniciação a um campo disciplinar fecundo e fascinante – a Memória Social.

Aos meus colegas de turma do doutorado pela transdisciplinariedade em ação no Programa de Pós-Graduação em Memória Social.

Aos meus colegas de trabalho no Instituto de Perícias Heitor Carrilho e da Universidade Estácio de Sá, por compartilhar o processo de formação profissional.

À Mônica Tostes, pela força e generosidade no percurso profissional no HH.

Aos meus amigos, pelo apoio emocional, presentes inclusive nos meios virtuais contemporâneos.

À Marilene, Vera e Teca, amigas especiais em todos os momentos.

Ao meu filho Hugo, grande companheiro que suportou todas as minhas ausências em prol do nosso futuro familiar.

À minha mãe Ivina e à avó Izabel, por incontáveis motivos, *in memoriam*.

## RESUMO

O objeto da pesquisa é o processo de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, o primeiro manicômio judiciário do Brasil, fundado no Rio de Janeiro em 1921 e extinto em 2013. Por desinstitucionalização, entendem-se rupturas contínuas da naturalização da ordem original do aprisionamento do louco-criminoso, envolvendo a mudança de paradigmas, principalmente do conjunto de aparatos científicos e legislativos sobre crime e loucura.

A cartografia do processo de extinção do referido HCTP e reinserção psicossocial dos abrigados é traçada a partir de atas de reuniões de equipe e dos registros da rede em construção. As coordenadas cartográficas estabelecidas nos documentos indicam os percursos de 2007-2016, e as pistas institucionais recobrem os períodos descobertos pelos documentos até o último desinternado abrigado sair em direção aos serviços residenciais terapêuticos.

Palavras-chave: Manicômio Judiciário, Louco-criminoso, Heitor Carrilho,  
Memória Social, Cartografia.

## ABSTRACT

The object of the research is the process of deinstitutionalization of Hospital of Custody and Treatment Heitor Carrilho, the first criminal lunatic people asylums in Brazil, it was founded in 1921 and extincted in 2013 in Rio de Janeiro. Deinstitutionalization understood to be continuous ruptures of naturalization of the original order the crazy criminal imprisonment involving the change of paradigms, especially the set of scientific and legislatives apparatuses of crime and madness.

The mapping of HCTP Heitor Carrilho extinction process and psychosocial reintegration of sheltering is drawn from the documents of team meetings and records of the construction network. Cartographic coordinates set out in documents indicate the institutional paths of 2007-2016 and the institutional tracks overlying periods discovered the documents until the last housed out towards residential care.

Key-words: Criminal Lunatic Asylum, crazy criminal, Heitor Carrilho, Social Memory, Cartography

## Sumário

INTRODUÇÃO - A Construção do objeto de investigação.....	16
CAPÍTULO 1. PERCURSOS NA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DO LOUCO-CRIMINOSO NO BRASIL.....	44
1.1. Louco, Alienado, <i>Psycopatha</i> – O Híbridismo do louco-criminoso .....	48
1.2. O Rio de Janeiro na modernidade e a aliança entre a Medicina Social e a Medicina Mental no período Imperial no Brasil .....	64
1.3. A Institucionalização da Loucura no Rio de Janeiro no século XIX e a Medicina Mental.....	67
1.4. A Eugenia na Psiquiatria Brasileira .....	94
1.5. A Psiquiatria Forense, a Medicina Legal e o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro no Século XX.....	103
1.5.1. Raimundo Nina Rodrigues e a Medicina Legal.....	104
1.5.2. Francisco Franco da Rocha e a Psiquiatria Forense.....	112
1.5.3. Heitor Pereira Carrilho e o Manicômio Judiciário.....	117
CAPÍTULO 2. UMA SOCIEDADE SEM HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO SÉCULO XXI .....	130
2.1. A Produção da medida de segurança e a periculosidade do louco-criminoso no Brasil.....	135
2.2. As múltiplas dimensões do crime e os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.....	145
CAPÍTULO 3. A MICROPOLÍTICA DE INCLUSÃO NUMA INSTITUIÇÃO DE SEQUESTRO NO SÉCULO XXI .....	153

3.1 – Ecos da Reforma Psiquiátrica nas gestões administrativas do HCTP Heitor Carrilho a partir de 2007.....	158
3.2 – Redes em movimento – Interfaces entre Justiça e Saúde Mental.....	197
3.3 – As reestruturações dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro.....	208
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	230
REFERÊNCIAS .....	237
ANEXO 1 - Termo de Acordo de Cooperação Técnica.....	254
ANEXO 2 - Proposta de Protocolo de Atenção em Medida de Segurança.....	263

De que valeria a obstinação de saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Foucault, 1988:13

## INTRODUÇÃO - A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

O objeto da pesquisa é o processo de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho (HCTPHH), o primeiro Manicômio Judiciário da América Latina, fundado no Rio de Janeiro em 1921. Desde a sua fundação, esse espaço institucional é um lugar híbrido nas funções de perícia, custódia e tratamento de loucos-criminosos. Algumas dessas atribuições de acolhimento eram antes realizadas pelas famílias, nos asilos de mendigos, nas casas de correção, prisões ou alas específicas do cárcere prisional, dependendo do contexto histórico específico e geográfico (CARRARA, 1998; MACIEL, 1999; ENGEL, 2001).

Por desinstitucionalização nos referimos não somente à desospitalização dos internados, mas aos processos de rupturas contínuas da naturalização da ordem original de figura híbrida do louco-criminoso e o seu aprisionamento nas sociedades modernas (ROTELLI, 1990; VENTURINI *et al.*, 2012). A desinstitucionalização põe em questão o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, os códigos de referência cultural e as relações de poder estruturados em torno do louco-criminoso. Não se trata da humanização ou da subtração da violência institucional, mas do rompimento dos paradigmas (KUHN, 1991)<sup>1</sup> fundadores dos manicômios judiciários. O desmantelamento das estruturas manicomiais coincide com a proposta de reconstrução da complexidade da “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com a sociedade nas correntes antimanicomiais (ROTELLI, 1990). Outra meta desse desmantelamento é reorientar estratégias e intervenções sociais de modo a criar oportunidades, enfatizando o sujeito como ator social, cidadão, em detrimento ao lugar comum de abandoná-lo à própria

---

<sup>1</sup>Paradigma possui vários significados na obra “A Estrutura das Revoluções Científicas” de Thomas Kuhn; em suma, “são as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência” (Kuhn, 1991, p.13). A crise surge quando aparece um novo paradigma que ganha adeptos; a revolução ocorre quando se abandona o paradigma original.



sorte ou torná-lo mero caso clínico institucional. Assim, tratá-lo deve significar transformar o seu modo de viver e sentir o sofrimento em função de mudanças efetivas na sua vida concreta, práticas transformadoras de cotidianos. Tal reflexão se estende a todas as instituições responsáveis pelo louco, inclusive, e principalmente, a judiciária, lugar de cumprimento da denominada “medida de segurança” elegível aos inimputáveis e semi-imputáveis maiores de 18 anos<sup>2</sup>, que culmina muitas vezes na sentença de internação compulsória perpétua, em virtude da centralização das decisões em torno das figuras do médico e do juiz como autoridades máximas na produção da “periculosidade”.

O referido manicômio (o HCTP Heitor Carrilho) foi extinto em 20/03/2013, data de publicação do novo organograma da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP-RJ) no Diário Oficial do Estado. Neste documento, altera-se o nome institucional de “Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho” para “Instituto de Perícia Heitor Carrilho”, que atualmente carrega como única função institucional formal a perícia já pré-existente na instituição e de ocupação geográfica restrita ao prédio administrativo principal<sup>3</sup>. De certo modo, essa medida gerencial condenou o restante do espaço físico institucional à extinção plena das antigas funções (custódia e tratamento) do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Mais uma função foi acrescentada na transformação institucional que custodiou e tratou os últimos desinternados até a reinserção psicossocial, após longa permanência na falta de rede social de acolhimento comunitária (parentes, amigos, comunidade).

---

<sup>2</sup>As medidas de segurança incluem: transtorno mental, desenvolvimento mental incompleto ou retardo mental e consumo de substâncias psicoativas (álcool e outras drogas).

<sup>3</sup> Na inauguração do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, as dimensões da instituição eram menores, situavam-se quase na equivalência ao prédio da entrada principal, com dimensões de 21,5 metros de frente e 29,2 metros de fundos, inaugurado em 21 de abril de 1921 (MACIEL, 1999).

O novo objetivo de albergamento/abrigo de desinternados se constituiu como o principal foco institucional e desafio a ser cumprido pelo envolvimento de todo o corpo técnico do HCTP Heitor Carrilho de 2007 a 2016. As alianças produzidas entre técnicos e os dispositivos existentes da rede psicossocial sustentaram as novas *práxis* implantadas. Dessa forma, durante o processo de extinção progressiva da referida instituição, a população egressa do processo de desinstitucionalização, ainda não reinserida socialmente, permaneceu nesse espaço institucional denominado inicialmente de “Anexo”<sup>4</sup>. Este, sem representação no organograma oficial, mas núcleo de preocupações institucionais, na medida em que os egressos ali residentes não mais pertenciam à Justiça pelo término do cumprimento da medida de segurança, e sim à rede de saúde, por serem desinternados com necessidades específicas de saúde mental.

Os desinternados albergados eram resultantes do processo de longa permanência institucional, sendo legítima a busca de resoluções adequadas a cada caso específico, embora se mantenha até a reinserção a problemática da custódia e o tratamento do desinternado, significando a gerência da vida de pessoas livres na instituição. Cabe ressaltar que, embora o “anexo” seja um lugar pulsante, vidas embotadas na custódia e tratamento institucional durante períodos indeterminados permaneceram “invisíveis” aos documentos oficiais (organograma). Com direção informal sem gratificações específicas, em separado do Instituto de Perícia até o início de 2015, período que unifica novamente a direção para ambos os espaços institucionais existentes, sendo a vice-direção formal a principal responsável pelo “anexo”. Nesse período, é relevante observar o remanejamento das funções institucionais, nas quais a Perícia era uma das atividades-meio do Heitor Carrilho, entre as atividades principais de custódia e

---

<sup>4</sup> Utilizaremos o termo “anexo” com a finalidade de ênfase da inversão de funções institucionais. Antes a principal função era custódia e o tratamento, hoje é a perícia. Logo, o local que ainda abriga a função custodial se tornou “Anexo” ao Instituto de Perícia.

tratamento, e transforma-se na atividade-fim. A principal da instituição torna-se efetivamente o Instituto de Perícia do Rio de Janeiro. Conforme reflexão da funcionária Tânia Dhamer<sup>5</sup>, a perícia era um “apêndice” que poderia ser extirpado ou trocado de instituição, e, atualmente, há uma inversão das funções e prioridades. Hoje, a identidade funcional da instituição se consolida no Instituto de Perícias; o restante do espaço funcional e geográfico do Heitor Carrilho passa a ser um “apêndice” dispensável à Perícia, cujo fechamento é necessário o mais breve possível na SEAP.

Esse é o núcleo central da tese, a cartografia do processo de desinstitucionalização do HCTP Heitor Carrilho. Especulações acerca do lugar da perícia na nova configuração do “saber-poder” médicos-jurídicos fogem ao escopo do trabalho, apesar de serem introduzidas algumas hipóteses em seu decorrer, visto que será a culminância do fechamento total do “Anexo” a existência de apenas um Instituto de Perícia referência do Rio de Janeiro.

No caso da SEAP-RJ, os gestores dos hospitais com função de HCTP<sup>6</sup> planejaram o formato da reorganização dos hospitais pela futura demolição do Complexo Penitenciário Frei Caneca que poderia abalar a estrutura do HCTPHH, situado lateralmente ao Complexo. A implosão foi iniciada em 13 de março de 2010 e completada em 3 de julho do mesmo ano; a estrutura do HCTP Heitor Carrilho (HCTPHH) não sofreu abalo, mas o projeto de extinção permaneceu entre os gestores institucionais. A existência de um documento de doação do terreno da família do Heitor

---

<sup>5</sup>Tânia Maria Dhamer Pereira é assistente social do DESIPE desde 1960. Foi diretora da Divisão de Serviço Social e Coordenadora Técnico-social do DESIPE; Diretora geral do Sistema Penitenciário do DESIPE de 1994-1995; A primeira diretora assistente social, não médica do Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho no período de 15 de abril a maio de 2013 e Docente aposentada da UFF.

<sup>6</sup>Funcionam como Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico na SEAP-RJ no período da pesquisa: HCTP Heitor Carrilho (HH), HCTP Henrique Roxo (HR) e Instituto Psiquiátrico Penal Roberto Medeiros.

Carrilho com a finalidade exclusiva do uso do espaço para fins da área de Saúde<sup>7</sup> inviabilizou a transferência do terreno para outros fins. Essa decisão livrou o terreno de ser utilizado para construção de casas populares do programa “Minha casa, minha vida”, entre outras especulações imobiliárias urbanas e manteve o Instituto de Perícias Heitor Carrilho como remanescente do HCTP Heitor Carrilho.

O HCTPHH tornou-se “porta de saída” de desinternados dos sexos masculino e feminino, em três situações: a longa permanência, final de medida de segurança e abrigados sem rede social de apoio, ao mesmo tempo em que o HCTP Henrique Roxo (HCTPHR-Niterói) e o Hospital Penal Roberto de Medeiros (RM-Bangu/RJ) ganharam a atribuição de “porta de entrada” da medida de segurança no sistema penal. O primeiro para homens em cumprimento de medida de segurança no Henrique Roxo; ao segundo, cabe a responsabilidade por mulheres em medida de segurança, presos provisórios (acautelados) de ambos os sexos sem situação jurídica definida e outras demandas de transferências ou emergências psiquiátricas. Anteriormente, a emergência se situava no HCTP Henrique Roxo<sup>8</sup>, sendo transferida a função para o Roberto de Medeiros, até uma UPA<sup>9</sup> assumir os atendimentos emergenciais do sistema penitenciário em Bangu.

No período de racionamento das funções institucionais, os internados migraram compulsoriamente dentro do conjunto de hospitais penais no sistema penitenciário, segundo as posições explicitadas acima. A transferência respeitou aspectos clínicos

---

<sup>7</sup> DIÁRIO OFICIAL (Seção I – Parte I). Setembro de 1978, terça-feira 26.

<sup>8</sup> A transferência das funções institucionais depende das concepções gerenciais presentes e as políticas públicas vigentes no auxílio da execução das ações pretendidas. Por exemplo, o gestor pode decidir por maior acirramento da repressão de internados, exigindo atos rígidos do agente penitenciário ou ao contrário, uma postura humanística em relação a eles. Em relação aos funcionários, se ele discorda do andamento do trabalho, impõe, sugere, desafia ou direciona o grupo de funcionários às novas rotinas que se coadunem melhor com a sua filosofia gerencial.

<sup>9</sup> UPA – Unidade de Pronto Atendimento que funciona diariamente, inclusive fins de semana, com a finalidade de atender urgências e emergências. Faz parte da Política Nacional de Urgências e Emergências do Ministério da Saúde lançada em 2003. Pode ser diferenciada em: I (5-8 leitos), II (9-12 leitos) e III (13-20 leitos), de acordo com o porte/n. de habitantes a serem atendidos. A UPA de Bangu é classificada de porte III.

relevantes a cada quadro psiquiátrico dos casos clínicos (risco de suicídio, necessidades específicas no acompanhamento em saúde mental) discutidos pelos técnicos dos HCTPs envolvidos a partir de reuniões clínicas no Heitor Carrilho. A possibilidade de desinternação era o pré-requisito da permanência no Heitor Carrilho (porta de saída); caso contrário, havia transferência para RM ou HR (portas de entrada e de cumprimentos de medida de segurança), respondendo aos critérios pré-estabelecidos das funções de cada HCTP desenvolvidos anteriormente. Contudo, dos hospitais anteriormente citados, somente o HCTP Heitor Carrilho fechou leitos/vagas<sup>10</sup> efetivamente após o ano de 2010, com a finalidade de evitar a demanda de novas internações no local por indicação judicial compulsória, o trâmite oficial da justiça na medida de segurança. Os demais HCTPs recebem demandas crescentes de internações compulsórias devido à atual política de segurança que ainda privilegia as internações em detrimento do cumprimento da medida de segurança em regime ambulatorial, em desacordo com as premissas da Lei 10.216/2001<sup>11</sup> antimanicomial, segundo a qual as internações só podem ser realizadas quando faltarem recursos territoriais ou se demonstrarem como instrumento necessário ao tratamento.

A minha inserção é de participante ativa nos processos de fechamento do Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho (HCTPHH) na função de psicóloga, técnica implicada com os propósitos antimanicomiais, ponto de conexão numa rede infinita de parcerias a serem constituídas para a realização do objetivo de reinserção

---

<sup>10</sup>Pela política atual de saúde mental, o fechamento de leitos psiquiátricos nos manicômios recebedores de verbas do SUS se reverteu em recursos para construção/aluguel de serviços residenciais terapêuticos (SRT). O HCTPHH recebeu verbas do SUS até 2001, não revertida em benefício institucional no período estudado, as verbas se concentraram no órgão do DESIPE, atual SEAP, sem repasses, conforme ocorre no planejamento da gerência das demais instituições de saúde mental.

<sup>11</sup> Lei 10.216/2001 – denominada de Lei Antimanicomial, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

psicossocial. O fechamento planejado<sup>12</sup> de um HCTP<sup>13</sup> é um fato inédito no Brasil (SANTOS & FARIAS, 2014) – o primeiro Manicômio Judiciário fundado racionalizou o seu próprio fechamento, criando uma metodologia de desinstitucionalização própria a ser cartografada como objeto de estudo na presente tese.

A minha entrada no campo de atuação profissional no Heitor Carrilho ocorreu no momento de transição do funcionamento institucional em 2007 – período recente da transferência dos dependentes químicos em cumprimento de medida de segurança para o Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto de Medeiros em 2005 – e de reunião dos técnicos numa sala única, sem divisão por especialidade (Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional). Desde o início da observação institucional, a configuração dos micropoderes não se apresentou cristalizada em cenários estáticos, apresentando-se, ao contrário, muito dinâmica, com movimentos instituintes<sup>14</sup> (BAREMBLIT,1992) que se instauravam, dando novos contornos ao trabalho multidisciplinar<sup>15</sup> vigente no local. Os técnicos passam compartilhar sala única, com possíveis alterações nas afetações dos saberes específicos<sup>16</sup>, e não permanecem mais

---

<sup>12</sup> Por planejado se quer dizer a racionalização das ações que levaram à extinção, embora o passo a passo, e o resultado final tenham sido construídos à *posteriori*. Isso quer dizer que não era totalmente previsível o real fechamento até a percepção dos resultados favoráveis do trabalho realizado pelas equipes, inclusive, sem verbas específicas ou extras para execução do trabalho das equipes.

<sup>13</sup> Nomes institucionais variam na história dessa instituição no Brasil. Em 1954, após a morte do diretor fundador da instituição Heitor Carrilho, modifica-se de Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro para Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. Em 1984, o Código Penal Brasileiro e a Lei de Execução Penal instituem a mudança de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

<sup>14</sup> Na Análise institucional, a institucionalização é um processo inerente ao humano, que cria estruturas de apoio à sensação de caos absoluto ou de destrutividade das relações humanas. Contudo, há sempre uma dialética entre o que já foi instituído e os movimentos instituintes que perfazem relações de forças permanentes, gerando resistências e criação de novos sentidos. Os movimentos instituintes seriam uma potência transformadora da institucionalização.

<sup>15</sup> A visão multidisciplinar implica trabalhos isolados de especialistas no diálogo entre áreas; os saberes isolados recompõem o todo. Na visão interdisciplinar, há o compartilhamento metodológico, formando projetos e otimizando a troca de saberes. Por último, a visão transdisciplinar transversaliza os campos do conhecimento – os especialistas não ficam confinados aos campos, mas à complexidade do fenômeno estudado.

<sup>16</sup> No HCTP HH, as miniequipes funcionavam no atendimento aos pacientes. Contudo, os espaços ocupados pelos profissionais eram isolados por salas específicas (sala do serviço social, sala da psicologia, sala da terapia ocupacional) e espaços compartilhados para o trabalho com grupos.

isolados por sala segundo especialidade, conforme descrito em capítulos seguintes da tese.

A instituição HCTPHH esteve aberta às parcerias de instituições públicas nas últimas gestões, a fim de oferecer subsídios a pesquisas<sup>17</sup> e estudos universitários, com a finalidade de preservar a complexa memória institucional, em especial o Ministério da Saúde e a UNIRIO, entre outras visitantes. O Ministério da Saúde realizou a microfilmagem de parte dos prontuários da Seção Lombroso<sup>18</sup> por meio de convênios firmados, embora a cobertura desse objetivo tenha sido parcial<sup>19</sup>. A página não consta mais na internet, mas o conteúdo será reproduzido a seguir na íntegra por meio de cópia e arquivo da página em questão.

### **Projetos**

[Página Inicial](#) > [Em Execução](#) > Acervo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho

#### **Acervo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho**

O acervo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho é constituído por registros médicos no campo da Psiquiatria produzidos a partir de 30/04/1921, data de sua criação, com a então denominação Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, como remanescente da extinta Seção de Alienados Delinquentes/Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados.

O acervo é composto por documentos referentes à assistência prestada a indivíduos acometidos de transtornos mentais, submetidos à internação compulsória, ou seja, determinada pela justiça. Esses documentos constituem-se em elementos de valor histórico e científico, uma vez que expressam métodos de tratamentos psiquiátricos no transcorrer de várias décadas. Ressalta-se a quantidade significativa de pacientes assistidos pelo conceituado psiquiatra Heitor Carrilho.

---

<sup>17</sup> A participação de pesquisas está sujeito à apreciação de Resolução SEAP n. 362 de 21 de julho de 2009, D.O. 23/07/2010.

<sup>18</sup> Coordenação de Arquivo e Gestão de Documentos. [Acervo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho](#) Ministério da Saúde. Visitado em 6 de maio de 2013. Havia uma página na internet indicando esse convênio, mas não existe mais a postagem. Não houve microfilmagem de todos os documentos da Seção Lombroso, tendo sido investida uma verba para compra de máquina de microfilmagem e computador específico para a instituição.

<sup>19</sup> O estado de preservação dos materiais nem sempre é considerado favorável e necessita de maior apoio público, conforme descrito na pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz: Guia de fontes e catálogo de acervos e instituições para pesquisas em saúde mental e assistência psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro. / Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: LAPS, 2004.

A aplicação da tecnologia da microfilmagem visa a promover a reprodução desses documentos em suporte estável, que garanta a segurança e acessibilidade das informações por longo prazo, considerando a relevância histórica, científica social e cultural dos documentos. O emprego da microfilmagem, sobretudo, contribuirá para a preservação desse patrimônio arquivístico, já que as consultas serão realizadas essencialmente por meio de microfimes, a fim de resguardar os originais da degradação decorrente do manuseio. Após a reprodução em microfilme, os originais serão recolhidos ao Arquivo Nacional e ao Arquivo Público do Estado do Rio de Janeiro, para guarda permanente, em conformidade com a Lei nº 8.159, na proporcionalidade correspondente à esfera produtora do acervo, já que o Hospital passou pela gestão federal e desde o ano de 1978 permanece sob a gestão estadual.

Em médio prazo, pretende-se integrar as tecnologias de microfilmagem e digitalização, por meio da digitalização dos microfimes, para complementar a base de dados do sistema, atualmente em uso no Hospital, com o objetivo específico de proporcionar ao Hospital agilidade no acesso à informação, o que certamente implicará melhorias significativas nos processos de trabalho. Considerando que o acervo diz respeito à assistência prestada a indivíduos acometidos de transtornos mentais, não se justifica a difusão das informações registradas nos documentos, face ao grau de sigilo a que está sujeito o acervo, de acordo com a Lei nº 10.216, de 06/04/2001, a Lei nº 8.159, de 08/01/1991, Art. 23-§1º e a Constituição Federal, de 1988, art.5º-Inciso X.

Outra instituição universitária envolvida, a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, desenvolveu o projeto “A Construção de narrativas acerca da memória social do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho”, que concorreu aos Editais da FAPERJ, no Edital 09/2009, e da Chamada CNPQ/CAPES n.07/2011, tendo sido contemplado por esse último órgão de fomento, ainda em vigência no período de seleção do meu doutorado. O encontro com o Programa de Pós-Graduação em Memória Social foi a condição de possibilidade de um registro cartográfico da trajetória desse dinamismo institucional no doutorado em curso. Tive oportunidade de me inserir nos projetos com o doutorado e participar de um dos produtos finais, o documentário 14.831- 44.130 – “Memória de quase um século de crime e loucura no Heitor Carrilho”.

A instituição reúne acervos documentais e bibliográficos<sup>20</sup>, produzidos desde a sua fundação, retratando transformações internas que foram produtos das mudanças

---

<sup>20</sup> A publicação “Archivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro” é parte do acervo institucional produzido pelos psiquiatras forenses brasileiros no Rio de Janeiro.



conceituais e legislativas nos campos da Psiquiatria e da Justiça desde a Seção Lombroso<sup>21</sup>. O acervo conserva produções teóricas sobre a emergente Psiquiatria Forense no Brasil, prontuários, laudos periciais microfilmados e registros de ocorrências encadernados.

Diferentes meios midiáticos brasileiros e estrangeiros reconstituíram/denunciaram momentos específicos do Heitor Carrilho. No filme de longa-metragem “Meu nome não é Jonhny”<sup>22</sup> em 2008, os dependentes químicos eram internados junto dos pacientes com transtornos psiquiátricos na mesma instituição; o curta da autora brasileira Ilana Casoy, especializada em *serial killer*, em conjunto com a televisão espanhola<sup>23</sup> (s/d) mostra desde o caso de um internado por motivo fútil do período de adulto jovem à terceira idade, até o caso do “serial killer” de Itaboraí<sup>24</sup>. Artigos de jornais<sup>25</sup> recentes denunciam a situação atual de desinternados abrigados na instituição pela falta de suporte social (parentes, amigos) ou dispositivos de serviços residenciais terapêuticos na saúde mental (O GLOBO, 2013; O DIA, 2013; O GLOBO, 2015; MANCHETEONLINE, 2015). Frente aos materiais de pesquisa indicados, mas que não compõem o *corpus* primário da tese, as produções midiáticas demonstram polos opostos

<sup>21</sup> Seção Lombroso foi a seção especial aberta no Hospital Nacional de Alienados para os “loucos-criminosos”. Com a criação do primeiro Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, a Seção foi transferida para a instituição específica (CARRARA, 1998; MACIEL, 1999).

<sup>22</sup> História verídica de João Guilherme Estrella, jovem traficante de classe média alta do Rio de Janeiro internado no HCTP Heitor Carrilho. O filme foi baseado no drama em livro homônimo de Guilherme Fiuza.

<sup>23</sup> O vídeo contém um endereço: Calle sor Angela de La Cruz, 22(?), CP28020. Madri/Espanha. Tel.34 912241630. Desenvolvido por Felipe. info@bom (?).

<sup>24</sup> Neste caso houve o abuso sexual de jovens e relato de ingestão de sangue dos mesmos após o assassinato, daí o apelido de Vampiro de Niterói.

<sup>25</sup> “Os presídios dos esquecidos” (O GLOBO, 18/10/2003), “MP pede desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos abrigados irregularmente no Hospital de Custódia Heitor Carrilho” (Globo on-line, em 05/09/12, disponível em <http://oglobo.globo.com/rio>; “Justiça determina que governo transfira pacientes de Hospital de Custódia no Estácio”, Agência O Globo em 19/10/12, disponível em: <http://br.noticias.yahoo.com/justi%C3%A7a-determina-governo-transfirapacientes-hospital-cust%C3%B3dia-est%C3%A1cio-234531422.html>; “Pacientes do Heitor Carrilho não tem para onde ir” (O GLOBO, 2013); “Os esquecidos” (O DIA, 2013); “Luz no fim da internação” (O GLOBO, 2015). TJ determina que pacientes sejam transferidos de hospitais psiquiátricos ([http://www.macheteonline.com.br/tj-determina-que-pacientes-sejam-transferidos-de-hospitais-psiquiátricos/](http://www.macheteonline.com.br/tj-determina-que-pacientes-sejam-transferidos-de-hospitais-psiqui%C3%A1tricos/) dez, 18, 2015).

da interface entre a “loucura” e a criminalidade, que fascinam o imaginário social e justificam a internação perpétua, ou denunciam uma visão do abandono familiar e social sofrido pelo louco-criminoso no sistema penitenciário.

O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século XIX ao século XX foi bastante enfatizado nas dimensões conceituais e sociopolíticas, há as investigações históricas da instituição, exploradas por diversos pesquisadores (CARRARA,1998; MACIEL,1999; ENGEL, 2001). Contudo, o fechamento, o processo de extinção do primeiro manicômio fundado no Brasil completará o ciclo da utópica (?) desconstrução da engrenagem de produção dos loucos-criminosos. Se a estratégia pode ser replicada, dependerá dos interesses em jogo de uma sociedade que pretensamente propõe um país sem manicômios até 2020, conforme o movimento antimanicomial, refletido na lei 10.216/2001 (CNPCCP, 2010)<sup>26</sup>.

Na realização da presente pesquisa, optou-se por uma narrativa de processo, a cartografia da desinstitucionalização do HCTP Heitor Carrilho, uma história recente em processo de construção. Por cartografia, compreendem-se os processos teórico-metodológicos vislumbrados a partir da obra Mil Platôs de Deleuze e Guattari (1995;1996). A cartografia aparece como o quinto princípio do Rizoma<sup>27</sup>, cuja concepção busca superar a rígida hierarquização presente na construção do pensamento moderno, que se reflete numa lógica normativa na busca de verdades absolutas nos procedimentos de pesquisa. Entre outras características, esta lógica binária separa o pesquisador do seu objeto de pesquisa e almeja uma suposta (e impossível?)

---

<sup>26</sup> Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução N.4, de 30 de Julho de 2010. DOU/SEÇÃO 1

<sup>27</sup> Rizoma contrapõe-se à representação arbórea, hierárquica dos saberes (árvore com raiz, caule, folhas e frutos), apresenta uma versão de tubérculo, de multiplicidade, cuja composição se torna infinita pelas possibilidades de conexão e heterogeneidade dos saberes. Ou seja, no contexto da tese, o rizoma pressupõe conexão de saberes e práticas no processo de desinstitucionalização.

neutralidade científica que paralisa as multiplicidades e os devires nos contínuos processos existentes no campo de pesquisa.

A presente cartografia se propõe a investigar os processos de transformações institucionais a partir de 2007, momento do ingresso institucional da pesquisadora. Nesse período, a mudança na gestão dos processos institucionais produziu efeitos nas práticas profissionais e na forma diferenciada de enfrentar os problemas administrativos costumeiros. Portanto, os efeitos teórico-práticos da desinstitucionalização, da reinserção psicossocial e dos parâmetros da Saúde Mental tornam-se norteadores das novas práticas dentro do HCTP, mesmo que não fossem usados de forma consciente (teórica ou mesmo ideologicamente) por todos os profissionais. A extinção institucional não foi presumida de forma antecipada, mas consequência de resultados bem sucedidos de investimentos de atores mobilizados direta ou indiretamente pelos princípios antimanicomiais<sup>28</sup>, em parcerias intersetoriais<sup>29</sup>, com níveis crescentes de adesão à causa instaurada (a reinserção psicossocial) e os princípios norteadores dos novos ares institucionais. Desde então, a cada novo passo institucional estabelecido, novos planejamentos eram delineados *a posteriori*, em alguns momentos, por todos os atores profissionais de forma autogestiva; em outros, decididos verticalmente pelos gestores vigentes, conforme se desenvolverá no capítulo 4 da tese.

Apesar de as referências históricas e antropológicas já citadas anteriormente sobre o objeto de estudo Manicômio Judiciário Heitor Carrilho traçarem padrões gerais de funcionamento institucional, observa-se que a cada gestão administrativa do atual

---

<sup>28</sup> O Movimento antimanicomial é produto da Reforma Psiquiátrica que ocorreu entre 1980-90. Inspirou-se no modelo italiano de Trieste de substituição da estrutura asilar por dispositivos substitutivos – no Brasil, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Institui-se o dia da Luta antimanicomial em 18 de maio. Para maior aprofundamento, veja AMARANTE, P. Loucos pela vida – A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

<sup>29</sup> O trabalho Intersetorial pressupõe a participação conjunta de setores de diversas políticas públicas (saúde mental, assistência social, justiça, educação, entre outros) na obtenção de objetivos comuns; no caso em questão, a reinserção psicossocial.

HCTP houve uma delimitação de relações de forças diferentes e processos extremamente complexos, com múltiplas experimentações diferenciais nos processos específicos, como o período de desinstitucionalização, objeto de estudo desta tese. Cabe ressaltar o pressuposto de que os processos contínuos poderão irromper movimentos mais profundos em direção ao questionamento dos paradigmas fundamentais da Psiquiatria Forense, ainda hegemônica no campo de reflexão junto ao campo do Direito Penal. Contudo, a entrada da equipe multiprofissional como possibilidade de restrição na porta de entrada na medida de segurança ainda esbarra em muitas resistências para se efetivar completamente no Rio de Janeiro, devido à legitimação jurídica apenas da Psiquiatria no campo legal da perícia. A lei prevê apenas um profissional responsável (o psiquiatra) pela mediação até a internação compulsória determinada pelo juiz na medida de segurança; há a necessidade de projeto-piloto e a consagração na mudança legislativa legitimando os novos profissionais auxiliares.

A extinção do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTPHH) no organograma da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SEAP-RJ) em 20/03/2013 e a sua substituição pelo Instituto de Perícia Heitor Carrilho fez parte de mais uma etapa do percurso histórico da Psiquiatria Forense Brasileira, iniciada no Rio de Janeiro. Atualmente, esse Instituto é responsável pela realização de exames de dependência de drogas e sanidade mental, atendendo aos seguintes órgãos: Defensoria Pública, Vara de Execuções Penais, Varas Criminais Federais, Varas Criminais Estaduais, Auditorias da Justiça Militar.

É relevante situar a constituição dessa especialização da Psiquiatria – a Forense –, visto que remonta à aproximação e ao entrelaçamento teórico-prático das áreas médicas e judiciárias, já iniciadas na constituição da Medicina Mental no Brasil. Em primeira instância, como campo de saber e de intervenções práticas legitimadas na

sociedade brasileira, em torno de segmentos populacionais considerados “perigosos” à ordem social; e, em última instância, como uma especialização da Medicina Mental que ganha notoriedade pública, principalmente a partir da criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (MJRJ), o primeiro no Brasil e na América Latina (CARRARA,1998).

As teorias apresentadas no primeiro capítulo se constituem como uma cartografia inicial que traça paisagens formadoras de entrelaçamentos entre a Memória Social e as produções de novas sensibilidades na criação do sentido da internação/desinternação do louco-criminoso no Brasil. As coordenadas cartográficas delineadas objetivam o mergulho na geografia dos saberes-poderes circulantes no contexto brasileiro sobre crime e loucura, além da invenção de pontes de linguagem para realizar a travessia do trabalho acadêmico proposto nos capítulos seguintes. Para cumprir a tarefa, traçaremos o nosso campo de pesquisa no âmbito da Memória Social e a metodologia da Cartografia.

### Cartografia e Memória Social

O sentido tradicional de metodologia de pesquisa consiste no estabelecimento de caminhos predeterminados, cujos rastros visam ao alcance de metas traçadas no início da pesquisa, com regras fixas, sistematizadas, recuperando modelos ordenados já consagrados pela ciência. Nessa concepção epistemológica de “Ciência”, o sujeito opera na investigação científica de forma ativa para desvelar o objeto “natural”, acabado, imutável, com nítida proposta de separação sujeito pesquisador-objeto pesquisado, visando à preconizada neutralidade na produção de verdades confiáveis.

Por sua vez, a cartografia desestabiliza o conceito positivista de método. O pesquisador não encontra um lugar tão cômodo na pesquisa já considerada intervenção no campo, a análise da implicação do pesquisador se torna fundamental nessas afetações recíprocas, na recriação contínua dos passos metodológicos no decorrer do processo constitutivo da pesquisa.

A cartografia marca a falta de consenso no *status* de método propriamente dito; no sentido clássico não garante a reprodução homogeneizada da aplicação de procedimentos metodológicos que despersonalizam ou generalizam campos e pesquisadores. Nesse contexto, a pesquisa cartográfica permite a construção de múltiplos mapas possíveis, segundo as posições singulares de cada cartógrafo e as coordenadas em questão.

Conforme Passos *et al.* (2009), se o método é um caminho pré-determinado (*metá-hódos*) por metas traçadas na partida da pesquisa, a proposta da cartografia é a sua reversão metodológica – traçam-se no percurso as metas da pesquisa (*hódos-metá*) no devir cartográfico. Outro diferencial: trata-se do conteúdo da narrativa do cartógrafo que implica afetos, percepção, memórias de fluxos e o seguimento das rupturas dos regimes de verdades, saberes e das relações de poder traçadas de forma dinâmica, marcados por eixos em contínua construção sócio-histórica e política.

Portanto, cartografar é acompanhar os processos em curso, o campo de forças existentes no território problemático e não somente traçar percursos históricos ou representar objetos. O cartógrafo problematiza a sua relação com o campo de pesquisa no nível da implicação e, principalmente, não separa pesquisa da intervenção política. A implicação é a relação que o indivíduo desenvolve com a instituição, difere de engajamento ou investimento porque existe mesmo que não se deseja, tem efeitos,

mesmo que não se saiba quais. Ao analisá-la, estabelecemos o modo, mais do que a existência dela ou da sua graduação quantitativa, que são econômicas, ideológicas, organizacionais, materiais, libidinais.

Ao se descartar a lógica binária que se reflete na dicotomia entre pesquisador/pesquisado, credita-se na interpenetração e afetações mútuas o movimento fecundo das implicações e explicações entre o campo de pesquisa e o pesquisador-cartógrafo.

As práticas cartográficas se constituem por meio de dados quantitativos ou qualitativos sem demarcar privilégios de alcance, desde que situados no objetivo central de acompanhamento de processos em questão. Cartografar não significa obedecer ao caos, visto que, mesmo sem regras ou protocolos fechados, traçam-se múltiplas pistas, partilha-se o caráter processual da investigação, apela-se à observação participante processual.

Rolnik (1989) aponta duas formas de olhar os desenhos das cartografias: o macropolítico, que capta no plano dos territórios os dados visíveis ao “olho nu”, vinculados às linhas duras de pesquisa, e o micropolítico, que ressalta os movimentos das linhas flexíveis e de fuga, propriamente, de resistência no campo observado. A cartografia compreendida na equivalência de um procedimento metodológico é um instrumento vinculado à resolução de problemas de uma história do presente, um antídoto para naturalização dos dispositivos normalizantes em relação às problematizações diversas. Prado Filho & Teti (2013) ressaltam a função da cartografia no enfrentamento e desmontagem de dispositivos a partir da análise da sua composição, diagramas e do acompanhamento de trajetórias produtoras de linhas de fuga, rupturas e resistências vinculadas aos modos de objetivação e subjetivação singulares no campo. Por dispositivo, considera-se uma complexa maquinaria articuladora de elementos e de

práticas diversas de saber-poder que produz efeitos de subjetividade, sendo a figura central das análises genealógicas foucaultianas. Apesar de se apoiarem nas instituições, o dispositivo não se confunde com as mesmas. Foucault as demarca como (1990:244),

(...) um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.

Longe de serem fixos ou estáveis, os dispositivos são produtos de jogos entre saberes-poderes, mostram mudanças de posição, funcionais ou mesmo reversibilidade dependendo das relações de força que se formam em torno de questões estratégicas de uma sociedade, como a loucura e o crime, focos da pesquisa de doutorado.

A cartografia é um dos princípios do funcionamento rizomático<sup>30</sup> (DELEUZE & GUATTARI, 1995). Alguns desses princípios: 1) Conexão e heterogeneidade – qualquer ponto do rizoma pode ser conectado a outro, os enunciados coletivos de enunciação são privilegiados, descentram-se em várias dimensões e registros; 2) Multiplicidades – são planas, preenchem todas as dimensões, definem-se pelo fora, trata-se das linhas de fuga (dimensões infinitas da multiplicidade) ou de desterritorialização que mudam de natureza a partir de suas conexões; 3) Ruptura a-significante – o rizoma pode ser rompido em qualquer parte e retomar segundo outras linhas; ou seja, a destruição e reconstrução são os contrapontos. Há a territorialização<sup>31</sup>, uma forma de organizar, mas a desterritorialização faz parte do processo, é feita de

---

<sup>30</sup> Rizoma é a metáfora presente na natureza (plantas, animais), particularmente; Deleuze utiliza exemplos botânicos, tal como uma haste subterrânea, difere das raízes e radículas, são exemplares os bulbos e os tubérculos.

<sup>31</sup> O território é um agenciamento maquínico (estado de relações entre corpos numa sociedade, delimita a si e o outro, sinônimo de apropriação) e de coletivos de enunciação (regimes de signos e máquinas de expressão que determinam o uso da língua). A territorialização comporta a desterritorialização (engajar-se em linhas de fuga, sair do seu curso e até se destruir) e a reterritorialização (movimento de construção, pode ser relativo ou absoluto).



dimensões e direções movediças, nunca de unidades. Dessa forma, “O bom, o mau são somente o produto de uma seleção ativa e temporária a ser recomeçada” (DELEUZE & GUATTARI, 1995:18). Os movimentos de desterritorialização e reterritorialização são sempre relativos, o que resulta na sua heterogeneidade. E os últimos princípios: cartografia e decalcomania. O rizoma não obedece ao modelo estrutural ou gerativo, próprio do modelo arbóreo tradicional, hierárquico (raiz, caule, folhas, frutos). A lógica da árvore é a do decalque, de reprodução a partir do já feito, há apenas uma articulação e hierarquização das reproduções, retorno ao mesmo. A lógica do rizoma é a do mapa totalmente aberto, conectável, reversível, passível de modificações, com múltiplas entradas e voltado para a experimentação contínua. Já o decalque reproduz os impasses, os bloqueios ou pontos de estruturação do mapa ou do rizoma. Fazer a religação dos decalques ao mapa é uma operação inversa, mas não simétrica; há necessidade de ressituar impasses sobre o mapa e abri-lo na sua multiplicidade dos pontos de apoio ou conjuntos de intensidades, ressaltando as linhas de fuga possíveis. A metáfora da erva daninha mostra a “*Nemesis* dos esforços humanos”; o estilo de vida “sábio” leva à proliferação nos espaços não cultivados, preenche vazios e cresce “entre” e no meio da paisagem, sem começo ou fim – transbordar sorrateiramente na paisagem inóspita e ganhar velocidade. Por último, o rizoma é feito de Platôs, o que significa uma multiplicidade conectável, “uma região contínua de intensidades, vibrando sobre ela mesma, e que se desenvolve evitando toda orientação sobre um ponto culminante ou em direção a uma finalidade exterior” (DELEUZE & GUATTARI, 1995:33).

A composição das redes virtuais é variável em cada caso específico de reinserção; a recomposição dos pontos de memória na rede marca o dinamismo, a mobilidade e construções contínuas. A gerência da rede possui alguns pontos fixos atuais que perfilarão nas análises posteriores do processo de desinstitucionalização: as

famílias, os CAPS do Rio de Janeiro e de outros estados, a Secretaria municipal e estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CRESS), os Programas de Saúde da Família ou Estratégias de Saúde da Família (Clínicas da Família no Rio de Janeiro), a Defensoria e o Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

O processo de desinstitucionalização resultou da formação da rede de cooperação entre diferentes órgãos, contatados pontualmente, de acordo com a abertura de cada parceiro da rede na ocasião, sensibilizados com a longa permanência dos albergados nos HCTP do Rio de Janeiro em um somatório de esforços agregados paulatinamente no processo. Será realizada uma cartografia dos agenciamentos como máquinas concretas – as articulações singulares de forças que se mobilizaram estrategicamente em torno do objetivo de reinserção psicossocial dos albergados, condição *sine qua non* para o fechamento do HCTP. Esta nova tarefa deveria refletir a responsabilidade do Estado frente ao problema da longa permanência institucional nos HCTPs e seus efeitos deletérios na condição do internado de retornar à sociedade.

Este fazer - a reinserção psicossocial - envolve enunciações e relações de poder que produziram formas de resistência aos jogos de objetivação e subjetivação existentes no processo. No sentido dos loucos-criminosos, com ou sem rede social, deveriam permanecer nos HCTP, pela pretensa carga intrínseca de periculosidade, gerando isolamento e enorme preconceito nos próprios órgãos judiciais e na Saúde Mental, inicialmente, conforme os dados de campo descritos a seguir.

O campo da desinstitucionalização do louco-criminoso possui vários Platôs, no sentido de que enunciam um campo vasto de problemas, com suas potências, e modos de enunciar os acontecimentos, no caso, a internação/desinstitucionalização do louco-

criminoso. Por Platôs compreende-se uma multiplicidade conceitual de estratos em direção ao campo transdisciplinar dos saberes. Nesse caso, os conceitos não indicam essência, mas circunstâncias peculiares, agenciamentos de poder produtores de fazeres disciplinares. Explorar os Platôs significaria realizar um mapeamento dos movimentos vibráteis dos percursos em alguns dos estratos em questão que, apesar de serem “máquinas abstratas” heterogêneas e imbricadas, materiais e imateriais, serão investigadas pela composição mínima dos campos do Direito e da Psiquiatria, e as suas afetações pelos saberes do campo da Saúde Mental. Pretende-se compreender mais sobre as dificuldades de desinstitucionalização da loucura criminosa no século XXI no Brasil.

O Direito e a Psiquiatria se encontram num campo problemático, do direito à liberdade civil e do domínio dos controles dos fluxos populacionais em relação às condutas sociais e jurídicas. A internação do louco inicia na circunscrição da diferença comportamental, englobando extensas camadas de vulneráveis na população ao máximo na gerência médica da vida e dos “doentes mentais”. Produzem-se reclusões institucionais perpétuas, numa missão impossível preconizada (a cura ou o controle comportamental), considerada natural e relevante às sociedades. A produção dos espaços de reclusão se multiplica e se diversifica (casas de correções, prisões, casas de saúde, manicômios, colônias, manicômios judiciários), as categorizações dos loucos proliferam ao infinito (DSM, CID) e se desdobram na abrangência da medicalização dos anormais (antigos degenerados) aos predispostos sãos. Cada parte desse Platô enuncia um campo de problemas com potência demonstrativa da construção dos fatos que culminam no lugar de custódia e tratamento especializado do louco-criminoso, o Manicômio Judiciário.

Haverá uma expectativa de reversão do estado monocromático da Psiquiatria Forense com as afetações recíprocas do campo da Saúde Mental, um olhar tipicamente transdisciplinar? Uma perícia multiprofissional voltada para a reinserção (e não somente avaliação) se apresentará como oportunidade de reversão da mentalidade de internação como principal recurso para lidar com os loucos-criminosos, tal como o novo campo da Saúde Mental travou na luta antimanicomial? Em outras palavras, a desinstitucionalização dos paradigmas do campo da Psiquiatria Forense levaria a uma visão antimanicomial do tratamento do louco-criminoso? Questões polarizadas (?) que não calam, talvez sem resposta nesse trabalho preliminar de análise de um percurso em construção.

A Memória Social é um campo transdisciplinar por essência, território complexo, acolhedor de atravessamentos disciplinares múltiplos, privilegiado por evidenciar o contínuo embate entre lembranças e esquecimentos. A seletividade da memória produz esquecimentos e/ou lembranças intencionais ao fortalecimento do poder, daí a relevância da recuperação de fragmentos suprimidos na fabricação dos fatos por desvendar os regimes de signos e sensibilidades políticas na produção de subjetividades serializadas (GONDAR & DODEBEI, 2009).

Na relação entre a memória e o poder, Gondar (2003) ressalta que três temas sobressaem: o saber, o poder e as práticas de si. Os temas são entrecruzados e marcam formas diferenciadas de produção de memórias, desde a construção de saberes, a análise do exercício de poder ao uso dos prazeres como resistência, descolados dos códigos de assujeitamentos nas sociedades disciplinares. Em cada grande temática, explícita na obra Foucaultiana na qual a autora se ancora, um aspecto é prestigiado. Na Arqueologia dos Saberes, enfoca a construção dos saberes nas formas estratificadas das práticas e discursos que constroem objetos de saber. Os documentos como monumentos apontam

uma intencionalidade futura, daqueles que produziram ou conservaram, de forma a desnaturalizar a memória social e as práticas de conservação como fatos neutros, de mera acumulação. Na Genealogia, a ênfase está no exercício do poder que se infiltra em todo tecido social, efetuando-se nas instituições, produzindo subjetividades, esquemas de representação e de sensibilidades.

Dessa forma, se não há possibilidade de criação fora do poder, conforme Gondar assinala, como forjar uma contramemória que resista ao assujeitamento, de forma a desconstruir certas lógicas ou artimanhas do poder que se naturalizaram e eternizam discursos e práticas que produziram formas de ver a loucura e o crime e os dispositivos de encarceramento em massa nas sociedades capitalistas? Muitos recortes históricos já foram construídos acerca da loucura, do criminoso, da institucionalização da loucura e do produto híbrido denominado de loucura criminosa. Essa tese apresenta uma proposta de uma construção de contramemória desses processos instituídos até o presente, “Trata-se de fazer da história um uso que a liberte do modelo, ao mesmo tempo metafísico e antropológico, da memória. Trata-se de fazer da história uma contramemória e de se desdobrar conseqüentemente toda uma outra forma do tempo.” (Gondar, 2003:34).

A contramemória investe nos saberes que se lançam no contrafluxo das evidências dos campos disciplinares, no caso da Psiquiatria e Direito, em especial na medida de segurança e no trato com a periculosidade do louco-criminoso. A esse ponto, a contramemória equivale a uma genealogia na qual a emergência de determinados saberes sobre a loucura e o crime neutraliza e naturaliza a violência social exercida na medida de segurança: a perda da liberdade, o enclausuramento sem limite de tempo definido na prática, o tratamento compulsório e a institucionalização perpétua. A última, o pior dos males, fato que mais traz malefício aos internados, traduz-se no declínio

físico-psicológico, subordinação e destituição dos direitos mais elementares dos seres humanos, de dignidade e subjetivação singular. A contramemória resgata a escolha considerada natural, “neutra” e denuncia o escamoteamento dos saberes-poderes, entre outros envolvidos no atravessamento das descontinuidades da memória.

Esta tese se distancia das noções de origem, criação e linearidade, sendo enfatizada a emergência, a descontinuidade, a desconstrução das sujeições efetuadas nos processos de subjetivação singulares de resistência em escape a massificação em série ou à morte em vida dos confinamentos manicomiais. Em suma, a memória que tratamos não se resume a uma superfície passiva que recebe inscrições codificadas, mas a superfície vibrátil que reage aos movimentos em disrupção permanente nos espaços mais inóspitos e paralisantes da institucionalização manicomial. Para tanto, exploraremos os saberes estratificados (Direito, Psiquiatria, Saúde Mental) e a desconstrução do passado “neutro” e naturalizado, antes de pensar em nos opormos à utilização do dispositivo construído. No final, para quem sabe, algum dia torná-lo superado e ultrapassá-lo na busca da construção de uma memória do futuro, com a possibilidade de criação de outras formulações acerca do Crime, da Loucura e de seus desdobramentos, produzindo novas práticas não institucionalizadas.

### **O Campo de Pesquisa - O HCTP Heitor Carrilho**

Trata-se o campo de pesquisa do local de trabalho da pesquisadora e as redes virtuais constituídas para as reinserções psicossociais, a transição do HCTP Heitor Carrilho e o fechamento total do “anexo” com os últimos abrigados de longa permanência na instituição. O mapa cartográfico a ser constituído é o processo de fechamento desde a transição institucional em 2007 aos últimos meses de fechamento

em 2016, o período inicialmente pretendido. As ferramentas cartográficas são os livros de atas de reuniões e comunicações de equipes, memórias compartilhadas materialmente por e-mail do Conselho Nacional de Justiça, tabelas institucionais construídas no decorrer do processo com o objetivo de delinear fluxos, entraves, resultados e limites do trabalho de desinstitucionalização no caso do HCTP Heitor Carrilho. Na busca do *corpus* pretendido, esbarrou-se com a dificuldade de encontrar toda a sequência pretendida pelo armazenamento dos documentos em local desconhecido por funcionários antigos. Os atuais funcionários desconheciam a localização, encontraram-se disponíveis os livros de atas a partir de 2009 até 2013, no período mais recente, os livros estavam em uso e não poderiam sair da instituição para xerox.

Por meio dos registros desses documentos amostrais (2009-2013), percebemos a dinâmica institucional em torno dos acontecimentos e dos diversos atores envolvidos: a direção, os funcionários, os pacientes e as alianças externas formadas paulatinamente no decorrer da construção de novas intervenções das equipes. É possível compor um quadro de quatro personagens principais ligados aos acontecimentos: a direção, as equipes, os pacientes e as alianças externas retratadas por dia de reunião/ano (variável, ora semanal, ora quinzenal e até mensal). Oferecem a visão dinâmica do cotidiano institucional, em que os olhares disciplinares percorrem todos os corpos e subjetividades envolvidos (direção, profissionais e pacientes) em rede contínua durante o espaço e o tempo de custódia e tratamento dos internados. No período entre 2009-2013, há registros de pelo menos três tipos de reuniões na instituição: 1) a reunião administrativa entre gestor e equipe; 2) a reunião de equipe; 3) a reunião da equipe com os atores externos (Defensoria, CAPS, CRAS/CREAS, entre outros). As informações da

direção nem sempre estão diferenciadas da equipe, porque são repasses nas reuniões de equipe das informações oferecidas pelo gestor.

A leitura e a sistematização de informações dos livros acima referidos retratam a ambiguidade institucional nas ações e interações dos atores e o convívio entre práticas panópticas<sup>32</sup> e práticas inovadoras na gestão do cotidiano institucional.

No período analisado, a equipe de trabalho foi subdividida em cinco equipes, sendo a equipe 1 responsável pelos pacientes de longa permanência e as demais equipes se compunham de ingressos com sentença em predominância, sendo uma delas a de ingressos sem sentença (preso provisório ou acautelados)<sup>33</sup>. Foram analisadas as atas de reunião das equipes 1, 2 e 3 do HCTP Heitor Carrilho. Não há livros nomeados de equipe 4 pela sua extinção produzida pela redução do quantitativo de pacientes e saídas espontâneas ou provocadas de profissionais (aposentadorias, problemas de saúde, não pactuação com o tipo de trabalho). Também não foram encontrados livros da equipe de acautelados, extinta em outubro de 2009 com a remoção das funções cautelares do HCTPHH para o RM. Os livros dessas duas equipes provavelmente foram arquivados em locais desconhecidos ou inacessíveis à gestão institucional atual.

---

<sup>32</sup> A ideia da concepção de Poder instaurado a partir das sociedades disciplinares (FOUCAULT, 1990) e a prática de gestão dentro de uma Instituição Total (GOFFMAN, 2001) são relevantes na compreensão dos achados de pesquisa.

<sup>33</sup> Presos provisórios (acautelados) são internados sem a situação jurídica definida. Caso houvesse o nexo causal entre delito e transtorno mental, retardo mental ou desenvolvimento mental incompleto ou consumo de substâncias psicoativas recebem medida de segurança, do contrário, recebem pena e são transferidos para a prisão.



QUADRO 1. Equipes segundo situação jurídica dos internados no HCTPHH

EQUIPES	SITUAÇÃO JURÍDICA
Equipe de acautelados (preso provisório)	Sem sentença judicial, a ser submetido ao exame de sanidade mental.
Equipe 1	Longa permanência institucional
Equipe 2* <sup>34</sup>	Em cumprimento de medida de segurança
Equipe 3*	Em cumprimento de medida de segurança
Equipe 4*	Em cumprimento de medida de segurança

O livro de ata de reuniões e de comunicações entre os membros da equipe 1 será o ponto de referência da análise. A comparação entre as informações contidas nos livros das equipes demonstrou que a equipe 1 abrangeu maior profundidade os processos institucionais à medida que as anotações das outras equipes foram mais pontuais (listados as ordens do dia, não continham a descrição e análise dos eventos institucionais ou externos), com recados rápidos, em virtude da diferença de trabalho entre as equipes de longa permanência e as demais equipes. Enquanto a equipes 2 e 3 lidavam com internados mais recentes, com mais chances de reinserção, casos ainda não cronificados institucionalmente, a equipe 1 reflete o Heitor Carrilho dos internados de longa permanência institucional que anunciam as problemáticas atuais, as indignações perante as parcerias internas e externas frustradas, entre outros processos institucionais.

As reuniões com o Conselho Nacional de Justiça também serão analisados em função do movimento de agregar respostas aos objetivos de refletir sobre a porta de entrada e saída dos HCTP, além de solicitar as parcerias da rede a responsabilidade que lhes cabia. Embora não tenha obtido êxito em todas as chamadas, o CNJ deixa um legado a ser continuado nas suas execuções, tais como os novos censos, o protocolo e o

---

<sup>34</sup> \*Sem diferença específica na composição das equipes, apenas recurso para distribuição quantitativa dos pacientes entre os técnicos.

termo de acordo de cooperação entre as esferas de governo envolvidas, parte integrante dos *corpus* na análise dos dados em anexo.

## Os Capítulos da Tese

No capítulo 1, o percurso da internação compulsória partiu do pressuposto da produção da loucura como doença mental, não como um conhecimento *a priori*, mas um constructo histórico datado, produtor de percepções sociais da diferença e de saberes teórico-práticos disciplinares envolvidos nos processos de encarceramento no século XVIII ou da desinstitucionalização a partir do século XX. O trajeto teórico remontou à Loucura e a sua transfiguração em doença mental, por meio da Medicina Mental em construção no país e a sua institucionalização no contexto específico do Rio de Janeiro até a produção da figura híbrida do louco-criminoso pela emergente Psiquiatria Forense Brasileira, tendo em vista o objeto de estudo, a desinstitucionalização no HCTP Heitor Carrilho. Partiu-se da hipótese de que o referido manicômio judiciário apesar de ser o primeiro da América Latina, constituiu-se como o final do processo de institucionalização dos alienados, a partir da mentalidade médica de que o tratamento necessitaria de lugares cada vez mais especializados para tratar o louco-criminoso<sup>35</sup> no Brasil. A legitimação desse processo junto ao campo do Direito Penal permitiu seu sequestro pela instituição por meio da legitimação do senso de máxima periculosidade do louco específico – o louco-criminoso (FOUCAULT, 2002). Posteriormente, delimitou-se a formação da nova especialidade psiquiátrica no Brasil, a Forense,

---

<sup>35</sup> Nesse trabalho, optou-se pela terminologia louco-criminoso por explicitar melhor a ideia de produção da loucura e do criminoso como objeto de estudo das ciências humanas, conforme explicitado no capítulo um da tese. Os termos mais utilizados na atualidade buscam ultrapassar o sentido considerado estigmatizadores, pejorativos (louco infrator, louco criminoso) gerando termos mais politicamente corretos (pessoa/sujeito portadora de sofrimento psíquico em conflito com a lei; pessoa/sujeito com transtorno mental em conflito com a lei).

traçando o auge, declínio e renascimento no século XXI, com o foco na anormalidade, categoria de base para as internações desde a adoção da Classificação da Psiquiatria Alemã por Juliano Moreira (PORTOCARRERO, 1994).

No capítulo 2, operacionalizou-se uma tese de que os Manicômios Judiciários serão os últimos manicômios públicos a existirem no Brasil, desde a legislação 10.216/2001. Nas discussões formalizadas, há previsão de fechamento de todos os Manicômios, embora os desdobramentos práticos efetivos tenham sido mínimos, senão efeitos quase nulos nos HCTP brasileiros, conforme indica este capítulo da tese. Buscou-se analisar as mudanças legislativas desnaturalizando a eterna perpetuação das medidas de segurança e categorizar os documentos governamentais que corroboram o término dos HCTP. A discussão das dimensões de crime e loucura como objetos transdisciplinares complexos rascunha contribuições aos ideários jurídicos-psiquiátricos vigentes, englobando visões antropológicas, sociológicas, filosóficas e psicanalíticas na defesa do ato do cuidado e atenção em saúde mental, em detrimento à internação sem prazo de “cessação de periculosidade”.

O capítulo 3 tratou da cartografia da micropolítica de reinserção construída no HCTP Heitor Carrilho no século XXI. Partiu-se da análise de atas de reuniões e de comunicações das equipes, de forma a traçar os ecos da reforma psiquiátrica nas gestões administrativas a partir de 2007, as redes construídas no decorrer das articulações externas à instituição, principalmente com os setores jurídicos e de saúde mental. E por fim, delinearam-se as reestruturações dos HCTP do Rio de Janeiro para os fluxos do atendimento do louco-criminoso desde a porta de entrada à porta de saída e reinserção psicossocial.

## CAPÍTULO 1. PERCURSOS DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DO LOUCO-CRIMINOSO NO BRASIL

No presente capítulo, a cartografia do tema inicia com a coordenada básica da temática, a internação do louco-criminoso que se torna alvo principal da pesquisa, no sentido de compreender o percurso da internação do louco cada vez mais esquadrihado na especificidade da história brasileira. O enredo enlaça os campos da Medicina Mental até a formalização do campo da Psiquiatria no tratamento das moléstias mentais. No intervalo entre o campo da Psiquiatria a Psiquiatria Forense, encontrou-se a Medicina Legal, inicialmente concorrente, posteriormente complementar nas intervenções populacionais e a construção dos saberes eugênicos focados no objetivo de combate aos males brasileiros, dentre eles a loucura e o crime nos períodos imperiais e republicanos. Nesse percurso histórico, terminologias não usuais na atualidade nomeiam a assistência psiquiátrica na qual louco e psicopata se equivalem, deste modo, o olhar curioso da cartografia mergulhou nos meandros nas terminologias psiquiátricas e suas derivações históricas explicativas no monopólio do discurso competente acerca do crime e loucura. Novas concepções foram construídas e concorrem com as acepções anteriores de forma a prevalecer a lógica do encarceramento em Instituições Totais em detrimento da Atenção Psicossocial, portanto o ponto balizamento das discussões de toda a tese.

Em 6 de abril de 2001, a Presidência da República sancionou a Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Esta decisão assegurou os direitos das pessoas acometidas por transtorno mental e o desenvolvimento de uma política de saúde mental focada na recuperação pela inserção na família, no trabalho e

na comunidade. A referida Lei circunscreveu uma linha de ação da atenção em saúde mental no Brasil, produto final da denominada Reforma Psiquiátrica que propôs a superação do modelo assistencialista hospitalar, culminando no desmonte do paradigma<sup>36</sup> do modelo manicomial vigente durante todo o século XX. A Reforma Psiquiátrica foi um processo brasileiro constituído pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental iniciado em 1979, efetivadas por meio de experiências-piloto em São Paulo até a revisão legislativa que culminou na Lei 10.216/2001. Alguns autores apontam como processo em permanente construção até os dias atuais (TENÓRIO, 2002). A “utopia” de uma sociedade sem manicômios é acenada pelos movimentos sociais específicos e se reflete na ênfase do direito da pessoa portadora de transtorno mental ser tratada em ambiente terapêutico o menos invasivo possível. E preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental no qual a internação, em qualquer de suas modalidades (inclusive, a compulsória judicial), é indicada somente quando os recursos extra hospitalares se mostrarem ineficientes. Ao contrário do passado, o tratamento em saúde mental deverá visar de forma permanente à reinserção social do paciente no seu meio social, não retirando o sujeito da família ou da comunidade para tratá-lo (a internação perpétua). Portanto, inverte-se a lógica excludente de manutenção da ordem social, conforme os ditames do passado recente brasileiro explorado no presente capítulo.

Nessa legislação, os tipos de internação psiquiátrica se subdividem em: voluntária (com consentimento do usuário), involuntária (sem o consentimento do usuário, a pedido de terceiros) e compulsória (determinada pela justiça)<sup>37</sup>. No caso da

---

<sup>36</sup> Paradigma – Esse termo na obra *Estrutura das Revoluções Científicas* possui sentido bastante variável. Ele se baseia em realizações científicas passadas que desenvolvem papéis exemplares. Não quer dizer que não haja divergências do pensamento vigente. Contudo quando as discordâncias se tornam inconciliáveis, o paradigma antigo é parcial ou totalmente substituído, provocando uma revolução científica.

<sup>37</sup> A portaria 2.391/GM/MS/2002 regulamenta as internações psiquiátricas (voluntária, involuntária) e fornece um modelo para o “Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária” e a respectiva “Comunicação de alta”. O modelo inclui dados de identificação do paciente, do acompanhante ou responsável; diagnóstico (segundo o Código Internacional de Doenças - CID);

internação, a assistência deve ser integral, não se reduzindo apenas ao tratamento medicamentoso, mas envolvendo equipes multiprofissionais no processo, evitando a longa permanência institucional e seus efeitos cronificadores deletérios. Na situação de grave dependência institucional, pelo quadro clínico ou falta de suporte social, recomendam-se políticas específicas de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida como objetivo primordial a ser cumprido pelas instituições de tratamento. A alta planejada é uma ferramenta que visa à continuidade do cuidado em saúde mental após a desinternação, a culminância do processo é a reabilitação psicossocial.

Para evitar o panorama dramático das internações psiquiátricas perpétuas, existentes pelo modelo hospitalocêntrico de tratamento, introduz-se a necessidade de mecanismos de controle do tempo de internação e a comunicação dos motivos de interrupções (evasão, transferência, acidente, intercorrências clínicas e falecimento) no tempo de internação vigente pela direção do estabelecimento aos familiares, representante legal e autoridade sanitária responsável no período de 24 horas.

A Lei “Paulo Delgado”, também denominada de “Antimanicomial”, afirma mudanças profundas na atenção em Saúde Mental que deveriam ser aplicadas na medida de segurança, visto que o “louco-criminoso” é a mesma pessoa atendida nas redes de saúde mental. Contudo, o modelo hospitalocêntrico ainda persiste no judiciário, principalmente, pela influência da criminologia positivista<sup>38</sup> predominante na

---

motivo da internação; justificativa da involuntariedade; motivo de discordância do paciente quanto à internação; antecedentes psiquiátricos; contexto familiar e a justificativa da alta.

<sup>38</sup>Para a Criminologia Positivista, o criminoso é doente, diferenciando-se das pessoas normais por características biológicas e psicológicas, o aprisionamento visa à defesa social em detrimento ao foco de atenção à saúde mental individual do institucionalizado (LOMBROSO, 2007). A Criminologia Crítica não se constitui como uma escola de ideias homogêneas, geralmente utiliza o método histórico-analítico do fenômeno criminal. Altera o paradigma vigente, rompe com o pensamento liberal, o crime é uma construção social, o desvio (crime) nasce de conflitos socioeconômicos de uma sociedade desigual, capitalista. Inclusive, a teoria do Labelling Approach afirma que o estereótipo do criminoso como comportamento normal dos marginalizados (etiquetamento), deixa de lado o crime dos grupos dominantes

mentalidade médica-jurídica na avaliação para cessação de periculosidade, independente da adoção de nova terminologia, a avaliação de risco de violência. A avaliação da periculosidade<sup>39</sup> impulsiona reflexões sobre a agressividade como fator inerente ao humano e a possibilidade de previsão do comportamento humano que se pauta ora no determinismo, ora no livre-arbítrio das ações. O vínculo da loucura com a imprevisibilidade, ou mesmo a voluntariedade da escolha dos atos humanos de acordo com a moral da época, não livra o louco da internação, pois converge a análise ao potencial dos riscos de diferentes graus da loucura na imprevisibilidade ou na consciência estreita, mas responsável. Quesitos jurídicos centrados na capacidade de entendimento e a autodeterminação na execução do ato ilícito, combinados à avaliação psiquiátrica monocromática sintomática do caso concreto, culminam no encarceramento do louco-criminoso nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, desconsiderando a recomendação de tratamento ambulatorial da Lei 10.216/2001 que rege o funcionamento da área de Saúde Mental no Brasil. Revisitar o campo da Saúde Mental torna-se fundamental à construção de afirmativas que se contrapõem ao olhar unificador do fenômeno “loucura”, e em especial, o “louco-criminoso”.

A Saúde Mental é um campo complexo, plural, intersetorial, com transversalidade dos saberes. Conforme Amarante (2007) afirma, não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a Psiquiatria. Desconstruir a mentalidade da internação nos espaços médicos-jurídicos na medida de segurança não se constitui tarefa fácil. Todavia, será viável a construção de um novo “lugar social” para as pessoas em sofrimento mental em conflito com a lei, mantendo as instituições manicomiais e práticas psiquiátricas vigentes, empobrecidas nas interlocuções com a rede de saúde

---

da sociedade (crime do colarinho branco). Os representantes principais dessa corrente são Taylor, Wlaton e Young.

<sup>39</sup>Denomina-se de Exame de verificação de cessação de periculosidade: é uma avaliação realizada pelo perito psiquiatra no Rio de Janeiro.

mental? Parte-se do pressuposto de que os atuais conceitos e saberes psiquiátricos e jurídicos fundamentam e legitimam as práticas institucionalizadas atuais, logo revisitar a construção desses campos legitimados (Psiquiatria, Direito) nos itens seguintes, poderá contribuir nas reflexões sobre o lugar social da loucura e do crime e possibilitar a desconstrução de seus paradigmas atuais.

### 1.1. LOUCO, ALIENADO, *PSYCOPATHA* – O HIBRIDISMO DO LOUCO-CRIMINOSO

O monstro é, por definição, uma exceção. O indivíduo a ser corrigido é um fenômeno corrente. FOUCAULT, 2001:72. (...)

Em primeiro lugar, as terminologias oriundas das historiografias da loucura e do campo de saber psiquiátrico oferecem os primeiros passos da produção histórico-social da institucionalização da diferença a partir da constituição de estratégias disciplinares que se perpetuam na contemporaneidade na articulação entre os campos de saberes da Psiquiatria e no Direito Penal, partes integrantes do nosso estudo.

A intervenção da medicina sobre o louco é datada historicamente, tornando-se impossível falar em doença mental antes do final do século XVIII, período inicial de patologização da loucura. Foucault (2010) na *História da Loucura* estabelece as condições de possibilidade dos discursos e práticas no surgimento do louco como doente mental. Parte-se do pressuposto de que a Psiquiatria como campo específico da medicina é resultado de um processo histórico mais amplo de dominação e integração da loucura à ordem da razão.



O autor acima referido não realiza um desenvolvimento linear e contínuo em busca de origens e precursores, mas investiga períodos históricos<sup>40</sup>, seus pontos de rupturas e descontinuidades, percorre saberes sobre a loucura, não necessariamente vinculados à Psiquiatria. A heterogeneidade dos discursos é privilegiada, compostas por diversos interlocutores: família, igreja, justiça, medicina, artes em geral (literatura, teatro, pintura). Nessa obra, a filosofia de Descartes é apontada como marco da transição da exclusão da loucura na ordem da razão, elevada à posição de desrazão na Era Moderna, ao lado dos sonhos e de todas as formas de erro e acaba reduzida ao silêncio, ao contrário do observado no Renascimento.

Na Era Clássica, a loucura se situa entre saberes esotérico, trágico da existência humana, e os saberes críticos filosóficos, literários ou morais. Nesse cenário, o louco estava incluído de diversas formas, não sendo considerado ameaça evidente, mas figura que revelava verdades secretas ou ilusórias, embora alguns loucos fossem expulsos ou utilizados como mão de obra errante em comércios e navios.

A Nau dos Loucos presentes na literatura e na pintura, navios simbólicos de peregrinação em busca da razão, representa essa paisagem imaginária do estranho barco transportador da carga insana de uma cidade à outra, deixando esses passageiros incômodos em terras desconhecidas, ou em lugar nenhum, por meio de exílios involuntários, observados concretamente em vários lugares do mundo, inclusive no Brasil<sup>41</sup>. Escorraçados dos muros das cidades, levavam vida errante, expurgados principalmente pelo estado de vagabundagem. Em lugares com detenção de insanos,

---

<sup>40</sup>Era Clássica compreende o período entre o fim do Renascimento (final do século XVI e início do século XVII) e a Revolução Burguesa (século XVIII), transição para a ordem capitalista na França. A Era Moderna abrange os séculos XVIII até o início do século XIX.

<sup>41</sup>No Império, o Hospital de Pedro II era o único hospício no Rio de Janeiro e no Brasil, loucos de várias regiões do país e de outros países vizinhos aportavam para aguardar vaga no caso dos loucos ricos, ou mesmo esperar ser recolhido das ruas tal como na situação dos loucos indigentes.

havia menos loucos corridos das cidades de forma sistemática, eram escorraçados apenas os estrangeiros, cada cidade tomava conta dos seus cidadãos.

A nau dos loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos. A Narrenschiff é, evidentemente, uma composição literária, emprestada sem dúvida do velho ciclo dos argonautas, recentemente ressuscitado entre os grandes temas míticos e ao lado Blauwe Schute de Jacob Van Oestevoren em 1413, de Borgonha. A moda é a composição dessas Naus cuja equipagem e heróis imaginários, modelos éticos ou tipos sociais, embarcam para uma grande viagem simbólica que lhes traz, senão a fortuna, pelo menos a figura de seus destinos ou suas verdades (FOUCAULT, 2012:9).

Se quisermos compreender a origem dos saberes acerca do objeto loucura temos que considerar que este era disperso, múltiplo e não pontual, o produto de jogos de forças específicos em questão na época. Resultante de uma “percepção social” mais ampla produzida por diversas instituições sociais (polícia, justiça, família, igreja, entre outras), quase sempre vinculadas à transgressão das leis da razão e da moralidade. Não havia ainda a construção social do louco “perigoso” à sociedade. A estes aspectos renegados da “loucura”, cada contexto sócio-histórico lidava de forma variada com a diferença de acordo com a percepção social e os saberes em geral existentes na sociedade que instrumentalizam a compreensão dos fenômenos.

Na metade do século XVII, iniciam-se as primeiras institucionalizações dos pobres em Hospitais Gerais na Europa com objetivo repressivo vinculado não à questão médica, mas de ordem semi-jurídica da polícia e da justiça. O internamento era uma resposta à crise na Europa, uma forma de reabsorção dos ociosos e proteção contra agitação e revoltas sociais. Com notória função repressora, constituiu-se uma nova utilidade social aos antigos leprosários, deixados vazios pelo controle da doença após o término das Cruzadas na Idade Média, ocupados pelos doentes venéreos posteriormente e finalmente, pelos loucos e os pobres. As primeiras internações surgem na Inglaterra nas regiões mais industrializadas do país, com a prevalência de uma nova norma, a do

trabalho e da produção. O trabalho ganha transcendência ética necessária à nova ordem política, a ordem era de suprimir a mendicância e a preguiça, a última considerada a ronda dos vícios.

Na Era Clássica, a desorganização da família, a desordem social era perigo para o Estado, assim a internação eliminava elementos heterogêneos nocivos. Era o início do recolhimento em instituições de todos aqueles que feriam a ordem social vigente, novas transformações no olhar social sobre a pobreza, não a acolhia mais na sua positividade (a da caridade), mas atribuía-lhe uma negatividade (a pobreza), considerando-a um obstáculo, condenando-a a reclusão institucional. Este grande enclausuramento se tratou de um fenômeno moral cujo critério unificador da internação dos pobres foi a “desrazão”, neste âmbito incluía categorias heterogêneas, excluindo da circulação social, todos os que não se enquadravam às regras sociais, inclusive o louco. Neste primeiro momento, a separação entre loucura e razão continha, então, componentes éticos e não médicos. Portanto, é o louco que era o enclausurado enquanto elemento perturbador da ordem social e não a loucura como doença específica (FOUCAULT, 2004).

Entre os séculos XVII e XVIII, o conhecimento médico que se estrutura a respeito do transtorno mental possui uma forma de olhar o fenômeno muito mais perceptivo do que conceitual. Ou seja, as descrições dos transtornos mentais se coadunam muito mais com o nível moral (loucura como desordem moral, de degenerescência) ou causal (com lesão física ou corporal, no caso da neurosífilis). Iniciam a formação de categorias e imagens (a respeito do delírio, da melancolia, da demência, entre outras) utilizadas nos fichários do Grande Enclausuramento. Estas primeiras concepções dos transtornos mentais não se comparam nas suas dimensões com a racionalidade da medicina classificatória clássica que toma por base a história

natural da doença e obedece aos critérios de localização e de etiologia específicas investigadas na prática médica. Observa-se que o saber do louco é, paulatinamente, renegado pelo saber racional-humanista que se centra na verdade e na moral vigente, eximindo-se dessas dimensões esvaziadas da pluralidade pela roupagem científica presente nos discursos de sustentação da patologização dos impulsos agressivos ou violentos. Conforme Perbart (1989), o “estranho” na sua multiplicidade transformou-se em familiar (categorizado, medicalizado). Contudo, não gerou diálogo, mas dominação a partir das disciplinas especializadas nos próximos séculos. Não há mais lugar para a desrazão, só para a loucura enquanto doença mental nos séculos seguintes.

A loucura e a desrazão se desvinculam, em vez de ausência da razão, esta se transforma na perda da natureza humana. Não é mais o erro (desrazão), mas a sua interiorização (alienação mental), condição de possibilidade da criação de instituições específicas para alienados. É através de uma crítica interna, em relação à mistura dos loucos com os demais deserdados, e da crítica externa sobre as internações como manutenção do pobre fora do circuito social, que surge a separação dos loucos de outras categorias de pobres. Seria necessário distinguir os pobres como válidos ou doentes, daí uma política pública específica para os últimos, e em se tratando de loucos, a periculosidade é uma noção empregada e a internação em local específico será um recurso de significação curativa, senão, preventiva. É a partir da produção de uma loucura entendida como interioridade psicológica que inicia um processo anterior à Psiquiatria que a medicaliza (se não curar, apenas exclui), objetiva (torna objeto de estudo) e inocenta (mas acentua a irresponsabilidade dos atos civis).

As transformações da justiça penal confiam ao cidadão o poder de julgar a loucura e a criação dos denominados “tribunais de família” desafogava as jurisdições do Estado nos processos. Os cidadãos ganham o poder de estabelecer as fronteiras entre

aspectos dicotômicos: ordem/desordem, moral/imoral, possibilitando a internação do louco a pedido da família através do poder do rei. Nesse momento, também se produz a dimensão psicológica do crime que se toma investigado na dimensão das motivações, comportamento e consciência. O julgamento não é apenas da natureza do crime, mas postulam-se as motivações subjetivas do ato criminoso, que no caso da loucura ganha a dimensão do determinismo irresponsável do criminoso louco.

A dimensão da periculosidade remonta a um conceito cunhado no século XIX que credita o delito na degeneração, no transtorno mental do criminoso, transforma-o na sede do seu potencial de perigo à sociedade. Contudo, a periculosidade reflete uma probabilidade de cometer atos violentos e delituosos, a reincidência no crime, daí a conformação de uma instituição específica para acolhê-los, asilar, afastar, até que não ofereça mais perigo, as prisões, e por fim, os manicômios judiciários, objeto de nosso interesse de estudo. A civilização moderna tenta administrar os riscos, os “perigosos” por meio da docilização dos corpos, a tecnologia da disciplina se evidencia na emergente sociedade capitalista, refletida nas instituições sociais em geral: as escolas, prisões, quartéis (FOUCAULT, 1987).

A aproximação entre loucura e crime produzida pelos saberes médico-jurídico promoveu formações discursivas fundamentadas no potencial máximo do mal no louco-criminoso, inscrevendo na sociedade, a demanda de abertura de uma instituição cuja função segregadora é a pedra fundamental. Segundo Pinto *et al.* (2012), os discursos criminológicos vigentes no período de criação do primeiro Manicômio Judiciário no Brasil em 1921, enfatizavam a intensificação das penas e o aumento do poder repressivo da lei, em oposição à proposta de recuperação do louco-criminoso. A partir da inserção do saber médico na criminologia brasileira, ganha destaque o ideário do risco potencial do louco em cometer crime e a necessidade de tratamento compulsório, no lugar da

pena privativa de liberdade, a medida de segurança. Em vez de culpado, o louco-criminoso torna-se vítima de sua própria condição e mesmo contraditório, propõem-se as ações de custódia e tratamento conjuntas, como funções vitais dessa engrenagem estatal a ser explorada posteriormente. O saber médico gestor do alienado, conforme se destaca adiante, transforma-se no gestor do *psycopatha*<sup>42</sup>, categoria abrangente que engrossa a orquestração da ordem disciplinar social vigente, rumo à medicalização<sup>43</sup> do criminoso. Determinados comportamentos considerados “imorais”, transformam-se em alvo médico-jurídico. Nessas ações a norma é reforçada e o desvio punido, medicalizado e normatizado.

No século XIX, a *Psycopathia*, do grego “*psychē*” (alma); “*pathos*” (paixão, sofrimento), tratava-se de um sentido amplo para designar doentes mentais em geral. O termo alienado e *psycopatha* se confundem até o século XX, a expressão foi paulatinamente adquirindo significado mais restrito, até o estabelecimento de fronteiras entre outras patologias, aproximando-se do termo na acepção moderna.

Uma revisão dos conceitos da psicopatia é traçada por Henriques (2009) os quais serão adaptados em tabelas a seguir. De acordo com o trabalho desse autor, a “loucura sem delírio” (*manie sans delire*) ou loucura racional de Pinel e a loucura moral (*moral insanity*) de Prichard são considerados os precursores do conceito moderno, embora tenha pouco em comum com a denominada personalidade antissocial. Morel e Lombroso se aproximam mais do conceito moderno, respectivamente – o primeiro, na categoria dos “maníacos instintivos” de 1860, situando a tendência à depravação moral

---

<sup>42</sup> No Brasil, a Assistência ao Alienado modifica a nomenclatura para Assistência à Psicopatas em 1903.

<sup>43</sup> Por medicalização, entende-se que o problema passa a ser definido, descrito e entendido através da racionalidade médica, e principalmente, tratado por intervenções médicas. É denominado de bio-poder e suas estratégias de governabilidade em Foucault (1990).

na tenra idade (roubo, vagabundagem, incêndio); e, o segundo, na teoria do “delinquente nato” que associa psicopatia com a criminalidade.

#### QUADRO 2. Precusores do conceito de Psicopatia

ANO	AUTOR	NOMENCLATURA	CARACTERÍSTICAS
1809	Pinel	Manie sans delire. “loucura sem delírio” ou “loucura racional”	Funções de entendimento intactas Alteração da afetividade Excitação furiosa
1835	Prichard	Moral insanity “loucura moral”	Perturbação do senso moral e do comportamento social
1860	Morel	Maníacos instintivos Depravação moral	Sinais de depravação das tendências morais na infância
1880	Lombroso	Delinquente nato	Correlação entre personalidade e tendência inata ao crime Estimas faciais e corporais

Fonte: Henriques (2009).

O uso do termo psicopatia como sinônimo de doença mental e associado ao crime ainda persiste em leituras não especializadas e integra o imaginário popular. É comum se associar os manicômios judiciários como local de internação de psicopatas perigosos e incuráveis, condenados à prisão perpétua na lógica criminal. No senso comum, inclusive há confusão entre psicose e psicopatia, como se fosse uma regra a comorbidade, a psicose ser associada à psicopatia ou vice-versa. A concepção de “monstro” e de periculosidade social fortalece a estigmatização do louco-criminoso e impede uma reinserção social plena.

Entre os efeitos da diferenciação nosológica, há a descontinuidade na medicalização da psicopatia no século XX. E, conseqüentemente, uma polêmica quanto à eficácia dos tratamentos psiquiátrico ou psicológico dos casos de Psicopatia leves aos mais graves (*serials killers*) no final do século XX e início do século XXI.

QUADRO 3. Surgimento e evolução do conceito de Psicopatia

ANO	AUTOR	TERMO UTILIZADO
1845	Feuchetersleben	Psicopático
1868	Griesinger	Psicopático
1886	Krafft-Ebing	“Psychopathia Sexualis”
1891	Koch	As inferioridades psicopáticas
1904	Kraepelin	Personalidades psicopáticas
1905	Freud	A estrutura marca <i>continuum</i> entre patologias. “Personagens psicopáticos no palco”
1922	Kretschmer	<i>Continuum</i> entre psicopatia, psicose, normalidade
1941	Hervey M. Cleckley	Desvio de caráter. “Máscara da sanidade”
1952	DSM I	Perturbação sociopática da personalidade ou sociopatia
1964	DSM II	Personalidade Antissocial
1968	Kurt Schneider	Subtipos de personalidades anormais
1980	DSM III	Transtorno de Personalidade Antissocial
1989	CID-10	Transtorno de Personalidade Dissocial; Antissocial
1994	DSM IV-TR	Transtorno de personalidade antissocial
2013	DSM V	Transtorno de personalidade antissocial

Fonte: Henriques (2009)

O termo psicopático foi empregado por Von Feuchetersleben em 1845, Griesinger em 1868 e Kraft-Ebing em 1886. Entretanto, atribuiu-se a autoria a Koch em sua obra “As inferioridades psicopáticas”, de 1891, pelo emprego mais próximo da atual herança da escola de Psiquiatria alemã. Todavia, somente a partir dos trabalhos de Kraepelin de 1904, Birnbaum e Gruhle se distingue uma rígida fronteira entre psicopatia e psicose. A partir dessa ruptura, a comorbidade poderia ocorrer, mas não se configuraria como uma ligação etiológica necessariamente. As tipologias de Kraepelin acerca das “personalidades psicopáticas” no Tratado de Psiquiatria de 1904 contribuem para o direcionamento rumo aos aspectos antissociais atuais, com ênfase na “personalidade” e na “constituição”. Freud utiliza a expressão na acepção mais ampla no texto “Personagens psicopáticos no palco” em 1905 ou 1906 (artigo pós-morte, desconhecido a data original). Em 1922, Kretschmer instituiu um *continuum* de manifestações que iam da normalidade até as doenças (psicopatia, psicose), mas não foi plenamente aceito na comunidade científica. Em 1968, Kurt Schneider adota a



nosografia kraepeliniana (personalidades psicopáticas). Todavia, sem as características negativas, com ênfase nos fatores constitucionais, seriam subtipos das personalidades anormais (no sentido de variações estatísticas da média), com a peculiaridade de sofrer ou fazer sofrer a sociedade.

Na segunda metade do século XX, os termos germânicos sobre psicopatia declinaram de importância na Psiquiatria com a crescente influência da Psicanálise e a Fenomenologia devido à ênfase de fatores externos na formação da personalidade. Posteriormente, a psicopatia se restringe cada vez mais aos aspectos antissociais que a compõe, principalmente a partir de Cleckley em 1941 que a distingue sem os sintomas psicóticos em *The Mask of Sanity* (Máscara da Sanidade). Cleckley cita a “Demência Semântica” do psicopata, um déficit na compreensão dos sentimentos humanos, contraditório a aparente compreensão comportamental, com itens semelhantes aos da composição do atual transtorno de personalidade antissocial, diferenciando-se das manifestações psiconeuróticas e da psicose.

O termo prossegue na diluição e aproximação do “anormal” fronteiro em gradações tênues dentro do limiar da denominada “normalidade”, padrões de respostas condizentes à demanda social implícita. A seguir, um quadro comparativo entre Cleckley e as formulações atuais da CID-10 e DSM-V que trazem uma consolidação da construção do quadro de Psicopatia atual.

QUADRO 4. Comparação entre Cleckley, CID-10, DSM-V

CLECKLEY	CID-10	DSM-V
Aparência sedutora, boa inteligência	Indiferença insensível pelos sentimentos alheios	Fracasso no ajustamento às normas sociais (comportamentos legais), repetição de atos ilegais
Ausência de delírios e alterações patológicas do pensamento	Atitude flagrante e persistente de irresponsabilidade e desrespeito por normas, regras e obrigações sociais	Tendência à falsidade (mentiras, nomes falsos, trapaça por ganho ou prazer pessoal)
Ausência de “nervosismo” ou manifestações psiconeuróticas	Incapacidade de manter relacionamentos, embora não haja dificuldade de estabelecê-los	Impulsividade, fracasso em planos futuros
Não confiabilidade	Muito baixa tolerância à frustração e um baixo limiar para descarga de agressão, incluindo violência	Irritabilidade (repetidas lutas corporais ou agressões físicas)
Desprezo da verdade, insinceridade	Incapacidade de experimentar culpa, ou aprender com a experiência, com a punição	Descaso com a segurança de si ou de outros
Falta de remorso ou culpa	Propensão para culpar os outros ou racionalizar o comportamento que o levou a conflito com a sociedade	Irresponsabilidade, falha em conduta no trabalho ou honra em obrigações financeiras
Conduta antissocial não motivada pelas contingências	Transtorno opositivo na infância	Ausência de remorso, indiferença ou racionalização em ter ferido, maltratado ou roubado
Julgamento pobre e falha em aprender através da experiência	Transtorno de conduta na adolescência	Ter no mínimo 18 anos
Egocentrismo patológico e incapacidade para amar		Transtorno de conduta anterior aos 15 anos
Pobreza geral na maioria das reações afetivas		Não se dá exclusivamente durante curso de esquizofrenia ou transtorno bipolar
Perda específica de insight (compreensão interna)		Foi denominado de: Psicopatia, sociopatia ou transtorno de personalidade dissocial
Não reatividade afetiva nas relações interpessoais		Falta de empatia, autoconceito inflado e arrogante
Comportamento extravagante e inconveniente, ação de bebidas ou não		
Suicídio raramente praticado		
Vida sexual impessoal, trivial, mal integrada		
Falha em seguir plano de vida		

Fonte: CID-X e DSM-V.

A inspiração positivista da DSM-III produz uma grande ruptura na formulação do diagnóstico psiquiátrico, cujos parâmetros pressupõem fenômenos observáveis (sinais e sintomas), separados em classes distintas, bem definidas, assemelhado ao modelo médico biologizante, direcionando-se ao ganho da legitimidade científica da Medicina Clínica. Esse modelo categorial e estatístico objetiva descrever “essências” atóricas. Portanto, diferencia-se por afastar-se de qualquer influência filosófica, psicanalítica, obscurecendo os determinantes socioculturais e econômicos anteriormente considerados. Cada vez mais se observa a substituição da escuta clínica pela pesquisa de anomalias, possibilitando a expansão da patologização e a medicalização da vida cotidiana, fenômeno observado nas próximas DSM (VI-TR e V).

No caso da Psicopatia, os efeitos são evidenciados pela associação cada vez mais forte com a marginalidade e o comportamento delituoso nas DSM. No caso da CID-10, a Psicopatia se diferencia por propor traços de personalidade, características psicológicas, aspectos subjetivos que não podem prescindir de uma escuta clínica do sujeito na avaliação. Contudo, esta reforça o desvio de caráter avaliado segundo moldes morais e parâmetros éticos dos relacionamentos humanos, desviando a questão médica para as anomalias do comportamento ou mesmo da diferença, colocando-a numa fronteira tênue entre o normal e o patológico. O Psicopata diferenciado do louco aproxima-se do criminoso nato de Lombroso (embora se diferencie deste último também), ganha novo lugar social, o judiciário como constância, mas a direção continua incerta: as prisões ou os manicômios judiciários (na atualidade, penitenciárias)?

Com início das classificações psiquiátricas vigentes, as figuras do “louco”, do “psicopata” e do “criminoso” são polarizados nas suas “naturezas”, purificados da

cultura e aprofundam abismos que se intensificam nas proliferações de híbridos<sup>44</sup> (LATOURE, 2000). O Psicopata parece representar uma figura relevante na transição diagnóstica moderna, um híbrido de louco lúcido e criminoso, ou potencialmente criminoso, esse misto de natureza e cultura cindida com a intenção de ocultar a fabricação humana das categorias diagnósticas. O centro da discussão da Psiquiatria Forense se coloca em torno da avaliação de híbridos: louco-criminoso, psicopata criminoso, criminoso não psicopata; combinações infinitas de novas “monomanias”<sup>45</sup> enigmáticas, simulações e dissimulações<sup>46</sup> da loucura, no esforço constante de mediar a relação entre a objetividade e a subjetivação, sem ceder ao segundo, sob o signo de hegemonia da cientificidade da área.

A ilustração de algumas situações diagnósticas era prática e alvo de interesse na diferenciação dos quadros clínicos específicos na historiografia psiquiátrica, conforme segue nas figuras posteriormente destacadas em Becherie (1980): o “Ataque demoníaco” de Richer (*Études Cliniques sur La Grande Hystérie*, 1881) e a “Simulação da loucura: durante a instrução e após o julgamento” (Magnan, *Recherches sur lês Centre Nerveux*, 1893).

Em relação à esfera penal brasileira, o perito psiquiatra avalia a capacidade de entendimento por parte do agente em relação à ilicitude do ato cometido, e a capacidade de se determinar de acordo com esse entendimento para direcionar a escolha entre uma pena privativa de liberdade ou medida de segurança. O artigo 26 do Código Penal

---

<sup>44</sup> Para Latour, a palavra “híbrido” desmonta a ilusão moderna de isolamento entre os domínios da natureza e da política. O próprio processo de purificação gera a emergência dos híbridos, apesar de tentar escondê-los, negá-los ou tentar isolar os domínios do mundo da natureza e do mundo social.

<sup>45</sup> Monomania - Esquirol produziu essa grande classe e agrupou as afecções mentais que trazem prejuízos parciais, conservando outras funções intelectuais. Subdividia em intelectuais, afetiva ou racional ou instintiva ou sem delírio (BERCHERIE, 1980)

<sup>46</sup> Segundo a DSM-IV-TR (APA, 2002), Simulação é a produção voluntária ou exagero intencional de sintomas gerados por incentivos externos e a dissimulação é o contrário, o sujeito esconde a patologia para atingir determinados objetivos.

Brasileiro versa sobre a imputabilidade penal, e considera 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” (BRASIL, 1940, p.16).



*Ataque demoníaco*

Richer, *Études Cliniques sur la Grande Hystérie*, 1881

Figura 1 - O Ataque demoníaco. Fonte: Becherie, Pierre. **Os Fundamentos da Clínica** – a história do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.



*Durante a instrução*



*Após o julgamento*

*Simulação da loucura*

*Magnan, Recherches sur les Centres Nerveux, 1893*

Figura 2 – Simulação da loucura: durante a instrução e após o julgamento. Fonte: Bercherie, Pierre. **Os Fundamentos da Clínica** – história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

Com a finalidade de percorrer os efeitos dessas redes de significações diagnósticas e descrevê-las nos seus efeitos de encarceramento, tratamento e custódia no Brasil, será relevante um recuo no tempo para compreender os enredos da loucura, do crime e de suas redes de saberes constitutivos do louco-criminoso no Brasil.

Costa (1989) demonstra uma fragmentação e especialização dos dispositivos de controle, vigilância e punição logo após a transferência da capital do Brasil e a recepção da Corte portuguesa nesse território. Ao contrário da Europa, onde a especialidade Medicina Mental derivou da Medicina geral para o tratamento especializado da “doença da razão”, no Brasil ela emerge da Medicina Social e mantém vínculos estreitos nas intervenções sociais urbanas do Rio de Janeiro, conforme explicitado a seguir (CUNHA, 1986). Foram necessárias alianças singulares dos saberes-poderes para a institucionalização dos “pobres”, entre eles, os “loucos” em espaços específicos fora do convívio social. A produção da periculosidade social do louco se constitui no primeiro passo do longo processo de sofisticação posterior, a criação de espaços cada vez mais especializados para os loucos, o hospício, as alas especiais de loucos-criminosos do século XIX, o Manicômio Judiciário no século XX.

Na próxima seção, traçaremos alguns percursos da constituição da Medicina Mental no Império, caminharemos nos ares do Alienismo na República e pousaremos finalmente na Psiquiatria Forense contemporânea do século XX, sem se comprometer em pontuar todos os níveis dessa história recente, sem linearidades garantidas ou percursos historiográficos únicos.

## 1.2. O RIO DE JANEIRO NA MODERNIDADE E A ALIANÇA ENTRE A MEDICINA SOCIAL E A MEDICINA MENTAL<sup>47</sup>

No curso do segundo Império, sobretudo, a medicina social vai dirigir-se à família citadina, procurando modificar a conduta física, intelectual, moral e social dos seus membros com vistas à sua adaptação ao sistema econômico e político.

(...) Não interessava ao Estado modificar o padrão familiar dos escravos que deveriam continuar obedecendo ao código punitivo de sempre. Estes últimos, juntamente com os desclassificados de todo tipo, serão trazidos à cena médica como aliados na luta contra a rebeldia familiar. Escravos, mendigos, loucos, vagabundos, ciganos, capoeiras, etc., servirão de antinorma, de casos-limite de infração higiênica. A eles vão ser dedicadas outras políticas médicas (...). (COSTA, 1989:33)

A transferência do Vice-reinado da Bahia para o Rio de Janeiro no século XVIII se deve à irrupção de protestos e insurgências contra a exploração colonial de Portugal. Conforme Costa (1989), as tentativas de controle do caos urbano eram orientadas pela percepção colonial dos seguintes fatores: ordem, lei, justiça, transgressão e punição. Os governantes tomaram por base as inscrições das Ordenações (Afonsinas, Manuelitas, Filipinas, em períodos de reinados distintos), que eram preceitos e normas do direito português aplicáveis às colônias ocupadas. A justiça e a polícia contavam com mecanismos truculentos de controle que culminavam na morte (enforcamentos, açoite etc.) ou degredo dos transgressores.

Nesse campo disciplinar, poderes distintos apresentavam-se numa confluência de interesses contraditórios, o poder do Estado deparava-se com o do clero e das famílias, numa tentativa de verter as questões conflituosas em benefícios particulares. Somente o aparelho jurídico-policial não dava conta do caos urbano instalado com a sua

---

<sup>47</sup> A Medicina Mental é um campo da Medicina aplicado no final do Império, início da República, criado a partir de estabelecimentos hospitalares específicos, após um longo percurso de legitimação do Hospital como espaço médico, conforme veremos no decorrer do capítulo.



lógica repressiva com o objetivo de punir, e a população reincidia sistematicamente, sendo delitos principais a “ociosidade” e a “vagabundagem”.

No contexto colonial, a igreja e o exército eram duas intervenções de controle social eficiente, a primeira representada pela pedagogia jesuítica e a segunda, pelo serviço militar. A pedagogia jesuítica acabou sendo combatida pelo Estado até a implantação de uma pedagogia leiga institucionalizada, enquanto o serviço militar, por sua vez, auxiliou na reunião de esforços por meio da formação de tropas auxiliares informais semelhantes às milícias para combate à insubordinação popular, em troca de favores. A partir da leitura desse fenômeno (um campo de lutas internas), percebe-se a falência dos dispositivos jurídico-policiais, enquanto a militarização entra em ação nas relações de poder, encontrando, no entanto, limites de controle das forças em irrupção.

A Medicina e o Estado começam a se aliar, entre convergências e divergências, por meio da noção de salubridade frente ao caos sanitário presente do meio urbano, onde as epidemias e contágios preocupam igualmente a administração colonial, pela falta de condições sanitárias e de infraestrutura da capital do país, o Rio de Janeiro.

A chegada da Corte em 1808 foi momento decisivo para a forte aliança entre o Estado e a Medicina acontecer por meio da implantação das primeiras Faculdades de Medicina no Brasil, na Bahia e no Rio de Janeiro no mesmo ano. A higiene como tática de intervenção adentrava os domínios dos cuidados da saúde, a partir da família burguesa<sup>48</sup> e da organização do espaço urbano, multiplicando os poderes do Estado, sem limites, apesar das resistências. Quanto ao restante da população, vale o código punitivo vigente. Se a família burguesa funcionou como norma, os “desclassificados” de todos os

---

<sup>48</sup> Cabe ressaltar que as divisões homogeneizantes das famílias retratadas pelos seguidores da historiografia da medicina não são unânimes ou consensuais. Em contraposição a essa visão, vide referências do historiador Sidney Chalhoub, *Cidade Febril – Cortiços e epidemias na corte imperial*. Companhia das Letras: São Paulo, 1996.

tipos servirão como antinorma, ou contraexemplo para que sejam segregados, higienizados nos espaços de encarceramento (prisões, asilos), entre outros tipos de institucionalizações a serem instaurados no decorrer do processo de higienização urbana.

Não era mais possível a circulação dessa massa amorfa pelos centros da capital do país, presenças indesejáveis, passíveis de provocar o caos urbano e a desordem a ser controlada por dispositivos recém-criados no auxílio à força repressiva do Estado. Dentre os transeuntes urbanos figuravam os loucos, que eram tolerados, estimulados ou banidos de acordo com as diferentes modalidades da esfera dos comportamentos e ajustamentos sociais, conforme afirma Engel (2001). Aos mansos, a albergaria; aos furiosos, a detenção nas prisões; aos adoecidos, o cuidado caritativo e filantrópico de religiosos nas Santas Casas (diferenciado dos espaços curativos médicos ou estatais atuais). Essas eram as destinações frequentes da alta massa circulante crescente na cidade do Rio de Janeiro: a institucionalização cada vez mais especializada da camada mais empobrecida da população. As destinações diferenciadas foram unificadas na constituição de um *locus* especializado para observação e tratamento, o hospício, espaço reivindicado para a responsabilidade exclusiva dos médicos sobre a loucura. Na conquista de um monopólio absoluto sobre a “verdade”, a produção da doença mental engendra personagens degenerados, ilimitados, sob o pretense caráter da anormalidade nessa nova malha de controle social.

A Medicina Mental produziu o doente mental, o alienista e o manicômio, *locus* privilegiado da aprendizagem médica e condição necessária à legitimidade nas intervenções populacionais na República. Percorrer a história da institucionalização dos alienados no Rio de Janeiro permitirá acompanhar o processo da disciplinarização do espaço do Hospício de Pedro II, por três vias pelo menos: a primeira a partir da

destituição do saber leigo no cuidado do louco; a segunda, com início da constituição de espaço medicalizado de observação e pretensa “cura”; e a terceira, a começar das intervenções médicas aos insubordinados ao tratamento moral, os futuros ingressantes no Manicômio Judiciário. Em suma, na ânsia de catalogar cada vez mais as espécies humanas nas diferenças patogênicas, produzem-se em última instância, o louco-criminoso, o perito e uma nova espacialização médica, o manicômio judiciário, como resultado do aprofundamento da aliança entre psiquiatras e justiça criminal.

### 1.3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA NO RIO DE JANEIRO NO SÉCULO XIX E A MEDICINA MENTAL

Durante os anos 30 do século XIX, o Largo do Paço (atual Praça XV), habitado pela “escravatura inválida”, por velhos e por loucos, “assombrou de lendas extraordinárias..., de tradições misteriosas e apavorantes...” Por volta de meados daquele século, o local constituía, segundo Mello Moraes Filho, um “verdadeiro bazar humano”, onde intercalavam-se “cenas impressionistas, de tipos de rua, comuns ou notáveis pela estranheza dos modos”, expressa no “desordenado trajar”, manifestando variadas “modalidades maníacas” (ENGEL,2001:25)

Traçar o percurso político-científico e os valores ideológicos dominantes ao universo de constituição do alienismo brasileiro na sociedade brasileira implica o resgate da história da primeira capital do Brasil, o Rio de Janeiro, do período monárquico até a República, no trato dos loucos em geral (criminosos ou não). Nesse percurso, dois eventos foram cruciais no cenário político para as mudanças e exigências higiênicas na metrópole – a vinda da Família Real em 1808 e a Independência do Brasil em 1822. Ambos os fatos históricos convergiram no estímulo do crescimento urbano, contribuindo no deslocamento do centro do poder para as cidades, embora a economia brasileira fosse baseada no latifúndio e essencialmente agroexportadora.

No século XVIII e meados do século XIX, a presença médica em assuntos vinculados à saúde, e particularmente a demanda de atenção médica para avaliar o estado de saúde na população, era inexistente devido à ausência de profissionais formados na academia. Em função dessa carência, a legislação brasileira possibilitava a atuação de leigos “práticos” sem formação acadêmica em situações especiais. A organização de “dicionários médicos” auxiliava-os nesse exercício explicitando as doenças, órgãos e medicamentos em verbetes de temas afins articulados (FIQUEIREDO, 2005). Dentre os manuais de medicina que auxiliavam na transmissão de conhecimentos da área da Medicina para o público leigo, destaca-se o *Diccionario de Medicina Popular e das Sciencias accessorias para uso das famílias*, em dois volumes (CHERNOVIZ, 1878:333)<sup>49</sup>. A população consultava os manuais nas emergências, curiosidade ou mesmo no aprendizado de uma prática médica leiga. No verbete da “Loucura” há uma narrativa de convencimento do leitor leigo para a delegação dos loucos aos cuidados terapêuticos institucionais, acentuando-se a periculosidade potencial do louco.

Tratamento. Os loucos devem estar isolados, separados de todas as pessoas com que viviam, e collocados de maneira que possam ser facilmente vigiados. É necessário tomar todas as precauções para impedir que se matem, se elles tem inclinação ao suicídio. Os alienados inquietos ou furiosos devem ser subjugados com a camisola, e até amarrados, se for necessário.(...). O tratamento da loucura é difficil e complicado ; e é quasi impossivel que as famílias possam fazer o que convem. Só a presença das pessoas ecousas habituaes é um grande obstáculo á sua cura. Interesses de muitos gêneros combinam-se para determinar as famílias a encerrar os alienados nos estabelecimentos públicos ou particulares. Primeiro que tudo, a segurança publica impõe justamente esta obrigação. A liberdade, que se deixa a estes doentes em seus domicílios, compromette a vida d'elles e a das pessoas que os rodeiam; mil motivos devem fazer preferir a sua morada em um estabelecimento próprio. A experiência prova que um muito maior numero de loucos são curados nos estabelecimentos do que quando são conservados no seio de suas famílias. (CHERNOVIZ, 1878:333)

---

<sup>49</sup>Volumes 1 e 2 - Contêm causas, sintomas, tratamentos, receitas de “moléstias”, além de plantas medicinais, alimentícias, águas minerais do Brasil e do Mundo entre outros conhecimentos.

No decorrer do século XIX, a competência médica para lidar com a saúde do corpo e da mente será construída historicamente. O costume de buscar auxílio desse profissional qualificado será incitado pelas associações médicas, escolas de medicina e o poder legislativo. Em reflexo, há o distanciamento do saber popular sobre o corpo, as doenças e posterior combate aos práticos da medicina (curandeiros, boticários, parteiras, raizeiros, enfim, leigos e charlatães) no sentido de monopolizar a atuação, na formulação de campos específicos da Medicina e sua associação com o poder estatal.

No projeto Higienista para a cidade do Rio de Janeiro em 1830, a loucura figura como uma doença diferenciada, entre outras temáticas na comissão de salubridade geral, tais como esgotos, cemitérios e funcionamento de boticas. Era o início das manifestações médicas a favor da criação de hospício na cidade do Rio de Janeiro e contra as condições insalubres dos loucos lotados nas Santas Casas de Misericórdia, administradas por religiosos em quase todo período Imperial.

Sigaud<sup>50</sup> (2005), médico redator franco-brasileiro no Primeiro Reinado e no Regencial, ilustra a situação dos “doidos” como uma das problemáticas da higiene pública e da polícia médica. Esse autor critica as condições insalubres a que os loucos estão submetidos, seja nos reduzidos espaços do lar, seja misturados aos doentes graves, sem terapêuticas apropriadas, em gaiolas humanas ou próximas aos cemitérios nos “Hospitais da Misericórdia”. Para fins de convencimento, ilustra casos evidenciados nas ruas, como espetáculo, incômodo ou uma questão de segurança pública por provocar risco de suicídios do próprio paciente ou homicídios de outrem. Por fim, o autor manifesta um apelo à Câmara Municipal para a retirada dos “doidos” das ruas e sugere a construção de um hospício ou casa de saúde, fora da cidade, em lugar arejado e salubre. Apesar dessas demandas médicas, não havia especialistas envolvidos no processo de

---

<sup>50</sup> Médico franco-brasileiro, fundador da Academia Imperial de Medicina (AIMRJ). Fundou em 1827, o *Jornal do Commercio*, pioneiro no periodismo médico-científico. A preocupação com os alienados insere-se em projeto mais geral de intervenção médica no espaço urbano (MACHADO et.al., 1978).

internação ou encaminhamentos aos espaços de reclusão e assistência ao louco no Brasil. Conforme Oda (2015, p.555),

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi transformada em órgão oficial, a Academia Imperial de Medicina (1835), prosseguiria em sua campanha pela criação de um hospício de alienados na corte que, entretanto, só teria sucesso graças à ação incisiva do ministro imperial e provedor da Santa Casa José Clemente Pereira.

A pressão social exigindo restrições à livre circulação dos alienados foi decorrente do processo de urbanização crescente que determina o estabelecimento de padrões de controle menos complacentes a esse tipo de circulação de desocupados e desordeiros (MACHADO, 1978; ODA & DALGALARONGO, 2004). O olhar jurídico apenas acompanhava as emergências sociais, sem aprofundamento da situação específica do “louco” na sociedade. Nesse momento, não há lei específica de amparo aos alienados, valiam as leis do direito comum. No código penal existente<sup>51</sup>, o artigo 10 prevê a irresponsabilidade do delinquente em estado de loucura ou intervalo lúcido e no artigo 12, o recolhimento aos espaços já destinados (Santas Casas ou prisão) ou em poder de suas famílias, dependendo exclusivamente das decisões do magistrado.

Lembramos que os asilos, hospícios ou hospitais não eram espaços médicos, mas locais de hospedagem para os necessitados de caridade (órfãos, abandonados, mendigos, loucos etc.); ou seja, as principais intenções eram de abrigo, alimentação e cuidados religiosos (FOUCAULT, 1990). Os estabelecimentos destinados ao recolhimento de alienados pobres surgiram de estruturas asilares caritativas da “Santa Casa de Misericórdia”, antes da Psiquiatria se constituir como especialidade médica no Brasil. A “Irmandade da Misericórdia” esteve presente no Brasil desde o século XVI, embora nem sempre vinculada a hospitais de caridade; com o decorrer do seu tempo de

---

<sup>51</sup> Até 1830, valiam as Ordenações Filipinas (punições cruéis, penas capitais); a partir de 1830, estrutura-se um código definindo os crimes, uma tipologia de criminosos e as penas correspondentes.

permanência, transformou-se na principal entidade acolhedora dos pobres, e se estendeu aos alienados a partir da segunda metade do século XIX (ODA & DALGALARRONDO, 2005). A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Corte<sup>52</sup> teve importante atuação, tanto nas articulações políticas que produziram o decreto da fundação da Irmandade em 1841, quanto na mobilização social em torno da construção do Hospício de Pedro II, inaugurado em 1852. O projeto de construção de um asilo para tratamento de alienados foi apresentado pelo provedor da Santa Casa de Misericórdia José Clemente Pereira. Os recursos utilizados vieram de donativos, comutações de penas, loterias, esmolas e rendimentos da chácara (GONÇALVES & EDLER, 2009).

O Decreto n. 82 de 18 de julho de 1841<sup>53</sup> cria o Hospício de Pedro II<sup>54</sup>. Entretanto, a inauguração só ocorreu em 1852, intervalo entre a escolha do terreno, o envio de especialistas à Europa com intuito de conhecer estruturas e tratamentos especializados em instituições asilares e o término da obra. O desenho arquitetônico inspira-se na *Maison Nationale de Chareton*, na França, o espaço grandioso denominado de Palácio da Praia Vermelha.

O edifício de linhas neoclássicas é decorado com sete estátuas feitas pelo escultor alemão Ferdinand Petricch: de Dom Pedro II; de José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa que coordena a construção; dos alienistas Phillippe Pinel e Étienne Esquirol; das deusas Ciência e Caridade; e de São Pedro de Alcântara, padroeiro do Império brasileiro. O hospício, planejado para comportar 300 pacientes é concebido como um grande retângulo, enquadrando quatro grandes pátios internos, separados por um corpo central. Há duas alas, uma masculina e outra feminina: respectivamente, as alas Pinel e Esquirol. No centro da construção, em destaque, fica a capela (TEIXEIRA & RAMOS, 2012, P.365).

<sup>52</sup>“A Irmandade de Nossa Senhora Mãe de Deus, Virgem Maria da Misericórdia” foi fundada em Lisboa em 1498; no Brasil, denominou-se de “Irmandade da Santa Casa de Misericórdia”.

<sup>53</sup> Foi o primeiro decreto a ser assinado pelo imperador nos primeiros dias da coroação. É o primeiro hospício da América Latina.

<sup>54</sup> Alterações históricas: 1852-1890 – Hospício de Pedro II (HPII); 1890-1911 – Hospício Nacional de Alienados (HNA); 1911-1927 – Hospital Nacional de Alienados (HNA); 1927-1943 – Hospital Nacional de Psicopatas (JACÓ-VILELA, 2011).

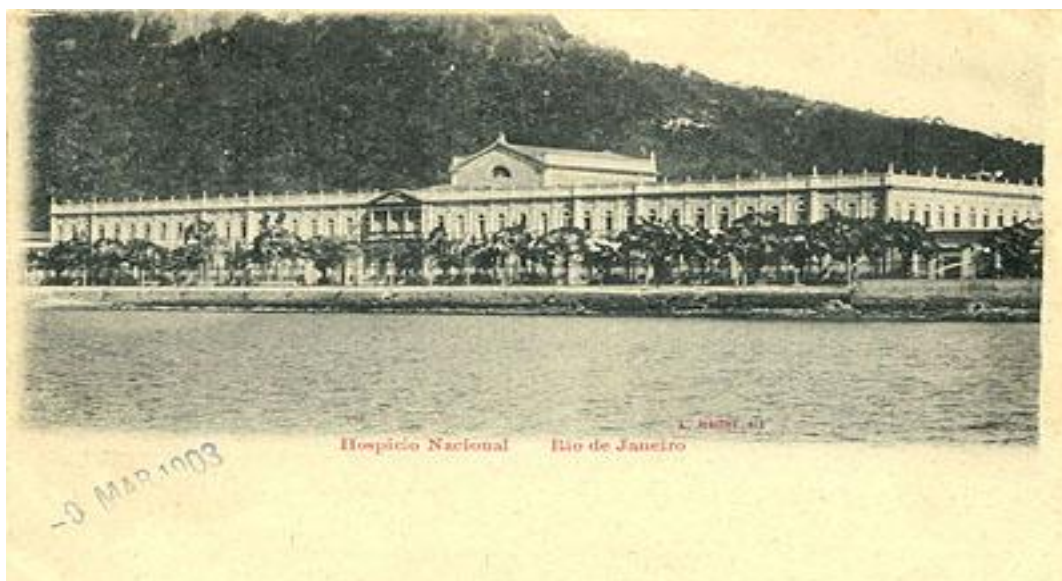
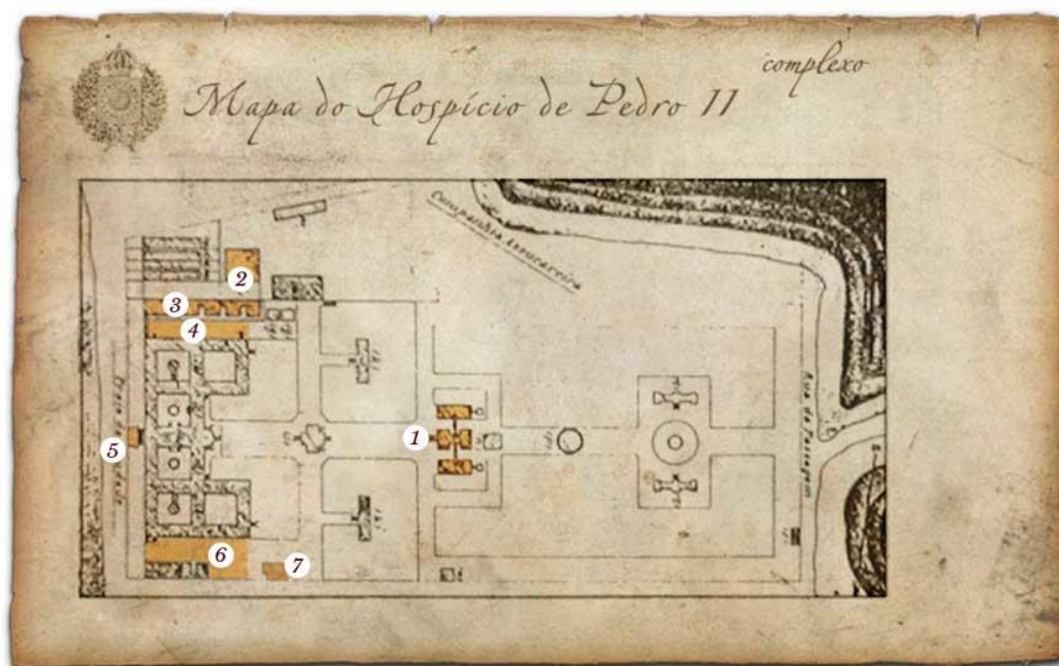


Figura 3 – Hospício de Pedro II. Fonte: Acervo digital da Escola de Gestão Penitenciária, 09/03/1903.

Figura 4 – Mapa do Hospício de Pedro II - Complexo





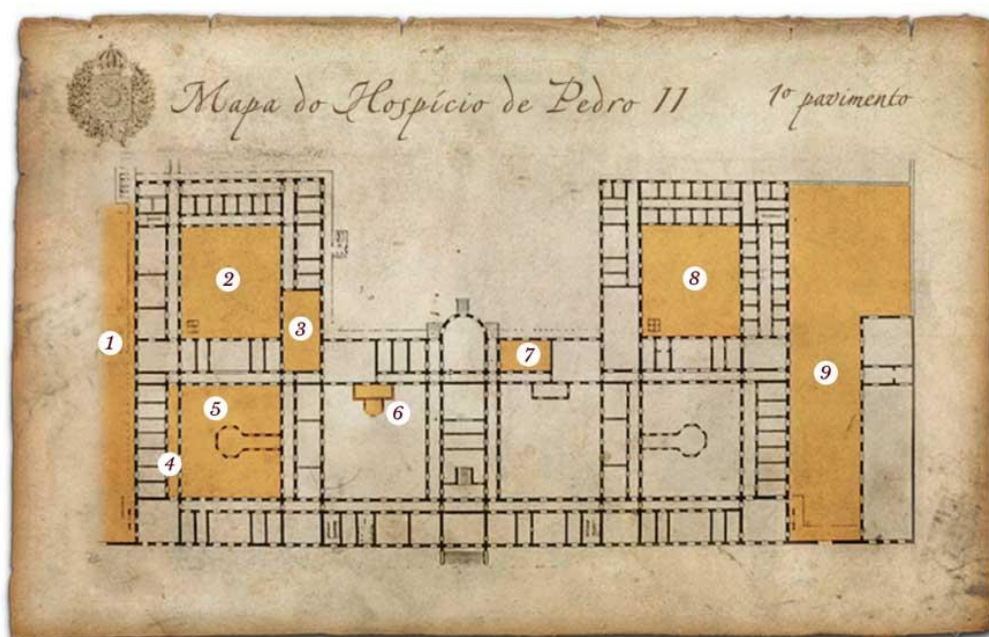
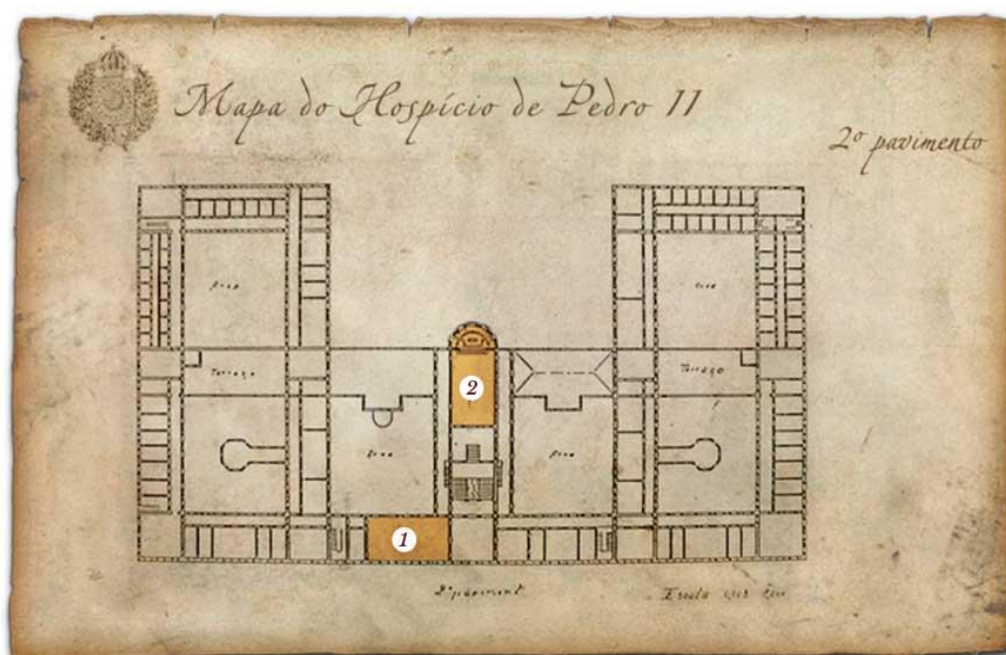


Figura 5 – Mapa do Hospício de Pedro II – primeiro pavimento

Figura 6 – Mapa do Hospício de Pedro II – segundo pavimento.



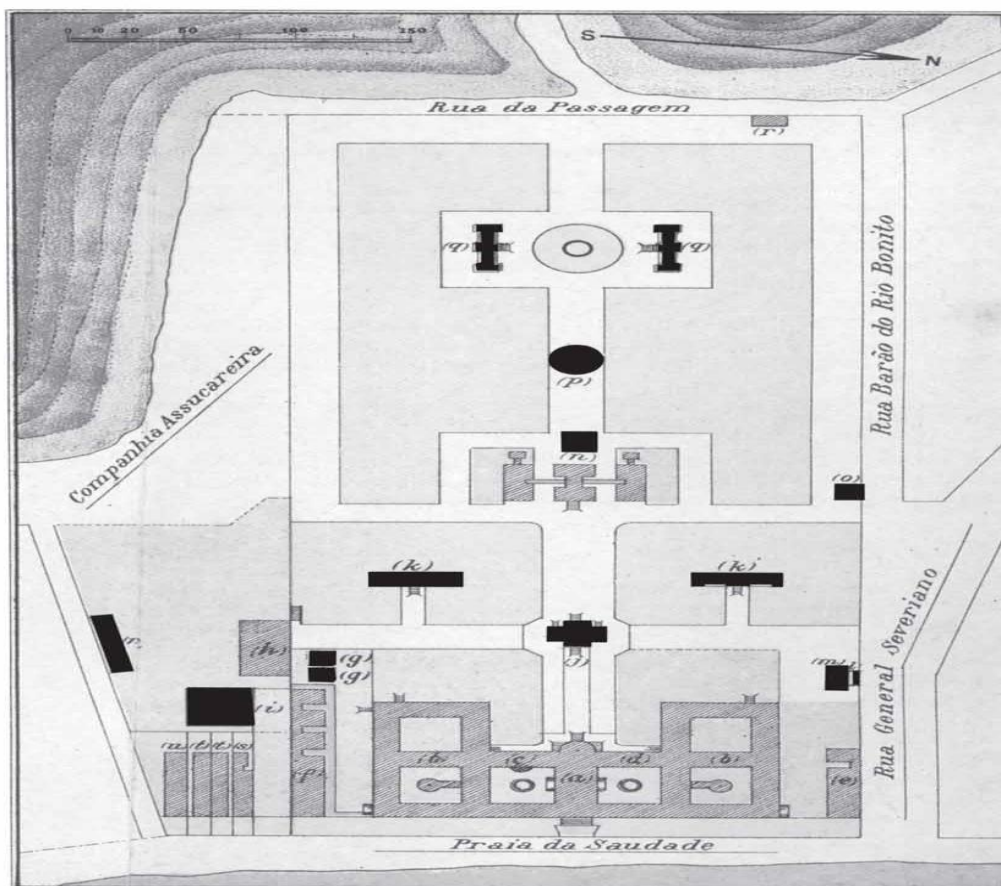


Figura 7: Planta do Hospício Nacional de Alienados (Brasil, MJNI, 1904-1905)<sup>55</sup>

<sup>55</sup>Fontes das figuras 4,5,6: CAETANO, L.O. Palácio Universidade do Brasil, ex-hospício de D. Pedro II: imagens e mentalidades. 1993. Dissertação(Mestrado Medicina Psiquiátrica) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/EBA, Rio de Janeiro; UFRJ, 1993. Na figura 4, a numeração corresponde: 1) Pavilhão de observação; 2) Sala de gymnastica/Pavilhão Bourneville; 3) Pavilhão dos imundos/ateliê de costura; 4) Patio feminino externo; 5) Fachada para avenida Pasteur; 6) Pátio masculino externo; 7) Usina electrica e casa dos acumuladores ; na figura 5, a numeração corresponde: 1) Pátio feminino externo; 2) Pátio feminino interno; 3) Refeitório; 4) Corredor da ala feminina; 5) Pátio feminino interno com a torre central; sala de cirurgia e maca de cristal; 7) Laboratório/Pharmácia;8) Pátio masculino interno; 9) Pátio masculino externo ; na figura 6, a numeração corresponde: 1) Sala de administração; 2) Capela.

<sup>56</sup> Fonte: FACCHINETTI, C. *et al.* No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 17, supl.2, dez. 2010, p.733-768. Neste artigo, são exibidas imagens externas e internas do Hospício Nacional de Alienados: fachada da cozinha; marmitta da cozinha a vapor; biblioteca; Pavilhão dos epiléticos; dormitório dos epiléticos, com camas especiais; sala de ginástica e recreio do Pavilhão Bourneville; sala de eletroterapia; gabinete de electricidade médica; quarto de pensionista; Pátio da Seção Pinel; Pavilhão dos Desasseiados; sala de clinoterapia; sala de diversão dos enfermos; fachada parcial da seção de cirurgia; Pavilhão Seabra.

O ideal monárquico era de exibir construções suntuosas e tratamentos equivalentes, equiparando o Império brasileiro às nações ocidentais modernas “civilizadas” no tratamento das doenças mentais. Exibir um asilo de alienados era símbolo da modernidade científica e tecnológica de uma nação no momento histórico do Império<sup>57</sup>.

Pelo estatuto do Hospício de Pedro II, três irmãos da Santa Casa de Misericórdia o administravam nas funções de escrivão, tesoureiro e procurador nos serviços subdivididos em: econômico (administradores), sanitário (facultativo, auxiliado pelas irmãs de caridade) e religioso (capelães). O primeiro hospício brasileiro admitia três classes de alienados (primeira, segunda, terceira classe) nas alas particulares de cota diária<sup>58</sup>. A terceira classe compartilhava dormitórios, refeições e dieta dos indigentes, população em crescente demanda no funcionamento institucional (MARIUS-REY, 2012). Os indigentes eram admitidos gratuitamente por decisão do provedor da Santa Casa. Todavia, estavam fadados à desigualdade de direitos em relação às visitas, entre outros direitos institucionais. A demanda crescente por vaga e a elevação contínua de doentes indigentes é apontada como dilema permanente que se centrava na remessa de enfermos inespecíficos “enviados por autoridades policiais, que iam de parálíticos e epiléticos a bêbados de profissão e até um cego (...)”. Há o predomínio da internação de pobres no decorrer do histórico institucional (GONÇALVES & EDLER, 2009:397).

---

<sup>57</sup> As figuras 1 e 6 retratam o entorno do Hospício de Pedro II (praia da Saudade, rua General Severiano, rua Barão do Rio Bonito, rua da Passagem e Companhia *Assucareira*) e a imponência da construção arquitetônica do “Palácio dos Loucos”. A figura 2 mostra a planta baixa do Complexo, a numeração corresponde à época da divisão interna posterior à assunção da administração por Juliano Moreira, respectivamente: 1) Pavilhão de Observação; 2) Sala de *Gymnastica* e Pavilhão Bourneville; 3) Pavilhão dos *immundos*/ateliê de costura; 4) Pátio feminino externo; 5) fachada para avenida Pasteur; 6) Pátio Masculino externo; 7) Usina elétrica e casa dos acumuladores. A Figura 3 trata do primeiro pavimento e suas respectivas divisões: 1) Pátio feminino externo; 2) Pátio feminino interno; 3) Refeitório; 4) Corredor da ala feminina (auge e degradação); 5) Pátio feminino interno com torre central; 6) Sala de cirurgia/maca de cristal; 7) Laboratório/*pharmácia*; 8) Pátio masculino interno; 9) Pátio masculino externo. A figura 4 descreve o segundo pavimento com as áreas da sala de administração e a capela.

<sup>58</sup> Em alguns artigos, há a especificação de quatro categorias, incluindo a quarta categoria exclusiva de indigentes, não pagantes (GONÇALVES & EDLER, 2009; GONÇALVES, 2013).

As instituições privadas iniciam o exercício no ramo como a Casa de Saúde Doutor Eiras em 1860 e a Casa de Saúde São Sebastião em 1881. As Casas de Saúde estavam no comando da elite alienista a serviço de demandas terapêuticas de famílias economicamente mais abastadas, em paralelo à existência do principal Hospício em questão (GONÇALVES, 2013). Como propaganda oficial, essas instituições particulares apresentavam promessas de maior respeitabilidade à privacidade e requintes nos quesitos de hotelaria. Inclusive as divulgações impressas enfatizavam as localizações geográficas, as instalações físicas e os tratamentos atrativos (passeios, trabalhos, práticas religiosas e exercícios de ginástica). Nos anos seguintes, novas instituições particulares surgem: a Casa de Saúde Godinho, a Casa de Saúde do Dr. Pertence e a Casa de Saúde do Senhor Bom Jesus do Calvário em 1869; a Casa de Saúde do Morro de São Lourenço, a Casa de Saúde São Sebastião e a Clínica das moléstias mentais e nervosas todas no ano de 1870. A concretização da ampliação da prática privada dos alienistas em casas de saúde e dos atendimentos em consultório fez parte do projeto médico privado liberal traçado em paralelo ao projeto público acadêmico do Hospício de Pedro II.

O império brasileiro era católico, e o Hospício de Pedro II surge submetido à gestão da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, conduzido por freiras da Ordem de São Vicente de Paulo, reflexo de um Estado conservador, centralizado, escravocrata e não laico. Os primeiros 45 anos de existência da instituição foram marcados por conflito entre médicos e religiosos que, apesar da direção médica, na prática seu poder administrativo se centrava no contingente religioso, freiras e enfermeiros subordinados institucionalmente aos missionários.

Havia duas possibilidades dos pedidos de internação realizados pelas autoridades públicas serem rejeitados: a primeira, relacionada com a natureza da moléstia (“os

incuráveis”, tais como: dementes já paralíticos, epiléticos em estado de imbecilidade, idiotas e velhos decrepitos)<sup>59</sup>, e a segunda, no caso da lotação máxima do hospício<sup>60</sup>. Na entrada, o recém-chegado permanecia em observação durante 15 dias para um diagnóstico diferencial (se era caso de alienação ou outras moléstias) e uma avaliação do prognóstico, se era incurável ou poderia viver com a família sem causar risco a si (suicídio) ou aos outros (homicídio). Inicialmente, a prioridade da internação era dos potencialmente curáveis ou que representavam risco para si ou a outros, excetuando-se os casos de condenados ou ainda não julgados, com argumento era a falta de segurança para guardar loucos-criminosos. A querela sobre os lugares específicos para os loucos-criminosos estava posta já nos primórdios dos Hospícios. Todavia, as reflexões giravam em torno da preparação de alas específicas de contenção na prisão,

Os alienados criminosos foram recentemente objeto de uma medida especial. Foi criada uma ala exclusiva na casa de detenção para esses infelizes, que consiste de algumas celas que se assemelham às do asilo. Uma dessas celas apresenta uma disposição especial. A parede traseira de madeira é móvel e pode ser manipulada por um mecanismo externo: ela desliza em direção à porta, assim ameaçando o doente. Essa unidade é destinada aos alienados criminosos perigosos. Há também uma sala de reunião ou de trabalho, um refeitório e um banheiro com chuveiros. A área inclui um pequeno gramado. É dessa maneira que os alienados criminosos que cumprem sua sentença, recebem os devidos cuidados que seu estado mental exige. É uma pena que esta instituição se encontre dentro dos muros de uma prisão, em vez de ser separada, como em Bradmoor, na Inglaterra. (MARIUS-REY, 1875:402)

Nos fins do século XIX, entre os anos 70-80, as reivindicações dos alienistas se intensificam para o comando e medicalização consistente no Hospício de Pedro II. Denúncias apontavam recursos punitivos e mortes justificadas pelos maus-tratos cometidos pelos administradores leigos, mas ainda sem repercussão suficiente para mudança administrativa. Os alienistas demorariam até o início do século XX, próximo à

---

<sup>59</sup> Critérios diagnósticos segundo admissão no HPII: alienados agitados, maníacos, dementes não tranquilos, maníacos epiléticos, risco de suicídio ou homicídio.

<sup>60</sup> Na inauguração em 1852, o hospício recebeu 140 alienados (capacidade máxima era 150). Novas obras no ano de 1854 possibilitaram o acolhimento de 300 pacientes (150 homens e 150 mulheres). Na década de 1870, ampliou-se o edifício para o recebimento do total de 390 pacientes.

Proclamação da República para efetivamente ocuparem a direção do hospício em questão.

Somente a partir de uma especialização crescente da Medicina Mental e aliança do saber com o poder estatal é que o gerenciamento do Hospício de Pedro II passa às mãos dos alienistas para a dupla função disciplinadora: tratar os descontroles humanos na massa social e controlá-los. A estatização e a medicalização progressiva da loucura fizeram parte de um longo processo que envolveu, inclusive, mudanças educacionais dos cursos de medicina no país, nos quais a instituição asilar se transformou no *locus* da formação prática do alienista. Conforme afirma Teixeira & Ramos (2012:369),

Os anos 1870 representam um divisor de águas para o Império. O fim da guerra do Paraguai marca um acelerado processo de desenvolvimento, mas também o início de novas tensões sociais. Movimentos sociais, como o Abolicionismo e o Republicanismo, passam a agitar as camadas médias da sociedade, as quais, finalmente, despontam e se afirmam em meio a uma sociedade fortemente dividida entre senhores e escravos. Uma parte importante dessa classe média incipiente é constituída por profissionais liberais, formados nos colégios e faculdades do Segundo Reinado. No Rio de Janeiro, sede da principal faculdade de medicina, os médicos conquistarão influência destacada. Torna-se indispensável um lugar efetivo de exercício e de poder para o novo ramo especial da medicina, o alienismo.

Após muita insistência dos médicos dirigentes do Hospício de Pedro II, cria-se a função de médico adjunto em 1877, ocupada pelo Nuno Ferreira de Andrade por um ano. O Barão do Lavradio, presidente da Academia Imperial de Medicina, defende em discurso o estudo das doenças mentais e a criação de uma cadeira específica no curso de medicina, além de enaltecer a iniciativa pioneira de Nuno Ferreira de Andrade na área, dentro do jogo de influência explícito junto ao Imperador para futuras indicações de cargos a serem criados<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Em 1832, foi criada a Faculdade de Medicina da Bahia que substituiu a Escola Médico-Cirúrgica da Bahia, fundada em 1808 com a chegada da Corte de D. João VI no Brasil. No Império, a formação em Medicina ou Direito era sinônimo de status, estratégia de ascensão social ou passaporte para a política. As elites econômicas (rural) escolhiam Direito e as classes médias e subalternas, Medicina. A formação médica era teórica, com descaso pelo ensino prático até a segunda metade do século XIX (MAIO, 1995).

Em 1879, há uma ampla reforma educacional denominada de Leôncio de Carvalho<sup>62</sup> no Brasil, e novas disciplinas são acrescidas no curso de Medicina a partir do Decreto 7247, §2º do artigo 24. Iniciou-se a cadeira de Clínica Psiquiátrica no curso de Medicina, ministrada por Dr. Nuno Ferreira de Andrade<sup>63</sup> em 1881. Até o ano de 1930, há uma forte tendência dos enfoques organicistas nessa disciplina, segue-se a corrente da frenologia e as suas sucessoras (cranioscopia e antropometria<sup>64</sup>). Parte dos procedimentos práticos da Clínica Psiquiátrica consistia na observação do formato e das medidas cranianas, reflexo das teorias européias, com consequências estigmatizantes da população brasileira, produto de miscigenação de várias raças/etnias. Durante o período que ministrou a disciplina, Nuno Ferreira tentou ocupar uma sala do Hospital de Pedro II, mediante autorização. Entretanto, os missionários discordaram por considerar uma intromissão na rotina institucional, principalmente, no controle de circulação de visitantes durante a alimentação e a medicação. Alguns meses depois, Nuno Ferreira foi nomeado diretor geral do Hospício de Pedro II, mas só exerceu o cargo até 1882 – a sua demissão se associou às denúncias contra os religiosos e a proposta de separação do Hospício da Santa Casa de Misericórdia ao provedor e conselheiro Visconde de

---

<sup>62</sup>A tese tangencia a reforma educacional médica sem aprofundar, por não ser o cerne da tese. Para maiores aprofundamentos da temática, ver em MACIEL (1999).

<sup>63</sup>Nuno Ferreira de Andrade (1851-1922) – Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1878. Professor Catedrático de Clínica Médica da faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1876. Diretor do Hospício de Alienados.

<sup>64</sup>Frenologia – Desenvolvida por Franz Joseph Gall no século XIX. O formato cerebral (saliências e protuberâncias) determinava características degenerativas.

Cranioscopia – uso de medidas quantitativas das características cranianas, visando classificar de acordo com vários critérios: raça, inteligência, comportamento criminal. Justificava inclusive a ideia eugênica de “raças inferiores”.

Antropometria – inicialmente, documentação das características de criminosos para identificação. Em 1895, Cesare Lombroso associa determinadas características craniofaciais ao tipo de criminoso, de forma a conceber o “criminoso-nato”. Cesare Lombroso nasceu em Verona em 1835, formou-se em medicina em 1858 e especializou-se na Psiquiatria. É criador da Antropologia Criminal e da Escola Positiva do Direito Penal. Foi diretor do manicômio da cidade de Pesaro, médico da penitenciária de Turim. Médico militar, desse vínculo, há estudos sobre delinquência militar, em especial, de marinheiros. Assumiu a Cátedra na Faculdade de Turim em 1865, permanecendo nesse cargo. Produziu uma série de obras: Gênio e loucura (1874); O homem delinquente (1876); O delito (1891); O anti-semitismo e as ciências modernas (1891); A mulher delinquente, a prostituta e a mulher normal (1893); As mais recentes descobertas e aplicações da psiquiatria e antropologia criminal (1893); Os anarquistas (1894); O crime, causas e remédios (1894).

Jaguary. No lugar de Nuno Ferreira, ingressou Augustinho José de Souza Lima<sup>65</sup> na direção do Hospício e da cátedra das moléstias mentais.

Em 1883, ocorreu novo embate entre a Faculdade de Medicina e a Santa Casa de Misericórdia. O diretor da Faculdade encaminhou um pedido de ampliação do espaço cedido no Hospício de Pedro II, sem interferir nos horários estipulados anteriormente, mas com previsão de novas negociações sobre o horário de entrada e saída de professores e alunos nas enfermarias. A proposta de modificar a rígida disciplina religiosa em prol do ensino médico foi considerada uma intromissão aos dogmas institucionais. O provedor solicitou a posição dos Diretores das respectivas áreas (Diretor Sanitário do Hospital Geral e do HPII) para reforçar a sua negativa. O Diretor Sanitário do Hospital Geral, o Barão do Lavradio, recomendou construir enfermarias no “Asylo” de Mendigos<sup>66</sup>. Já a proposta do Diretor Sanitário do HPII, Augustinho José de Souza Lima, era conciliadora pelo duplo pertencimento (HPII e lente interino da cadeira de Psiquiatria). Ele justificou a afirmativa pelo número reduzido de alunos dos últimos períodos da faculdade e a possível restrição dos locais de visita a uma parte especial da seção dos homens (fundos, próximo às celas fortes) e, excepcionalmente, às mulheres, em sala especial.

As restrições institucionais consistiam na visita médica nos horários da alimentação e medicação aos domingos, nos dias de visita e de culto cristão. Notoriamente, demonstram-se interesses conflitantes entre a Faculdade de Medicina e os setores conservadores da Santa Casa de Misericórdia, refletidos na intenção de

---

<sup>65</sup> Augustinho José de Souza Lima nasceu no Mato Grosso em 1842. Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1863. Professor Catedrático de Medicina Legal e Toxicologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Faculdade de Direito.

<sup>66</sup> O Asilo de Mendicidade foi inaugurado em 10 de julho de 1879, sob a direção do chefe da polícia e subordinado à Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça; era subvencionado pelo Estado e pela beneficência privada para complementar despesas. Tinha a finalidade de abrigar mendigos de ambos os sexos e menores de 14 anos abandonados ou ociosos que esmolavam pelas ruas. Todos não aceitos no Hospício de Pedro II e na Santa Casa de Misericórdia. Reúnem nesse grupo: idiotas, imbecis, indigentes enfermos e alienados considerados “incuráveis”. O Código Penal de 1830 considerava a mendicância crime passível de punição com prisão (PESSOA, 2014).



concentrar os poderes decisórios nas mãos do Administrador leigo do HPII e impedir o exercício do poder médico no Hospício de Pedro II (PERES & al., 2011).

A realização do concurso público específico para a Cadeira de Moléstias Mentais<sup>67</sup> nas faculdades de medicina do país em 1882 altera o campo de relações de poder, por legitimar a Psiquiatria como campo de saber e viabilizar novas relações de poder no âmbito do hospital leigo. Saber e poder mostram-se entrelaçados, não houve possibilidade de novas relações de poder sem a constituição de um campo de saber (FOUCAULT, 1990). Desde então, a prática alienista ganhou *status* de especialidade médica, fato que ampliou a necessidade de um campo prático para avanço médico, instituiu o exercício do poder disciplinar médico no Hospício de Pedro II, antes controlado de forma centralizada pelos religiosos.

Apesar dos embates entre médicos e missionários, a transposição efetiva da administração leiga aos alienistas no primeiro hospício brasileiro ocorre somente após esforços e fortalecimentos de alianças poderosas do médico Teixeira Brandão<sup>68</sup> no aparelho estatal. Brandão foi nomeado lente catedrático<sup>69</sup> da clínica psiquiátrica por decreto imperial em 26/04/1883 e, dois anos depois, renomeado à função de médico do Hospício de Pedro II e diretor do serviço sanitário local, onde passou a ser grande questionador da administração do Hospício pelos religiosos da Santa Casa de

---

<sup>67</sup> Denominada informalmente de Cadeira de Clínica Psiquiátrica ou Cadeira de Psiquiatria.

<sup>68</sup> João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921) – foi o primeiro catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1883, Diretor do Hospício de Pedro II de 1887 a 1897 e Diretor Geral da Assistência Médico-legal de Alienados em 1887. Ingressou na carreira política a partir de 1897 como deputado federal, com vários mandatos consecutivos. Henrique Belford Roxo foi o sucessor na Cátedra de Psiquiatria (ODA, 2003).

<sup>69</sup> O regime de cátedra tem origem no período Imperial Brasileiro. Era o docente nomeado responsável pela cadeira durante 25 anos de atividade pedagógica. Havia vitaliciedade após concursos e provas para a carreira (TEIXEIRA E TAMBARA, 2013). Nesse concurso foi realizado em quatro etapas, a saber: 1) Prova oral com sorteio de ponto e preparo em 24 horas; 2) Prova prática de histologia e química biológica; 3) Prova clínica; 4) Prova oral de improviso, com sorteio de ponto. Quinze Lentes da Faculdade de Medicina participaram da votação para classificar os candidatos, no dia 11 de abril. A lista de classificação, para nomeação pelo Governo Imperial, ficou assim composta: 1º lugar João Carlos Teixeira Brandão (oito votos); 2º lugar Belisário Augusto Soares de Souza (quatro votos); 3º lugar Domingos Jacy Monteiro (três votos). O candidato João Ferreira de Campos foi excluído da classificação por não ter obtido voto. O resultado foi contestado com base em denúncias de irregularidade; contudo, o vencedor assumiu o cargo. Para maiores detalhes, ver Peres & al.(2011); Teixeira e Ramos (2012).

Misericórdia. Teixeira Brandão clamou, principalmente, por lei específica para os alienados, apelando para a estatização total do hospício público e a reclusão institucional do alienado, por apresentar periculosidade social presumida *a priori*.

O recebimento ininterrupto de alienados reputados “incuráveis” deixa o hospício cada vez mais lotado. A alternativa foi criar outros tipos de institucionalizações em fins do período monárquico pelo Decreto n. 206-A, de 15/02/1890. As Colônias da Ilha do Governador<sup>70</sup> começaram a funcionar em 1890, recebendo grandes contingentes de institucionalizados do Hospício Nacional de Alienados (VENÂNCIO, 2011). Nesse período, uma massa amorfa considerada perigosa pelo risco à ordem pública ou segurança pública era levada pela polícia, além dos alienados – os bêbados, os homossexuais, as prostitutas, entre outros marginalizados sociais eram alvos de internações maciças no Hospício.

Outras reformas ocorreram com o advento da República, o Hospício de Pedro II foi desanexado da administração da Santa Casa de Misericórdia, passando à responsabilidade exclusiva de instâncias médicas. O artigo 13 do mesmo decreto de 1890 modifica o nome institucional para Hospício Nacional de Alienados e produz a Assistência Médico-legal aos Alienados. Nesse momento, a construção hegemônica de um saber médico sobre a loucura proporciona um aprofundamento cada vez maior da aliança com os saberes legislativos, antigo parceiro do Estado no controle social da população. O artigo 27§4 e 29 do Código Penal de 1890 ressalta que os indivíduos são isentos de culpa por estado de completa privação de sentidos e inteligência em resultado de afecção mental e devem ser entregues às famílias ou recolhidos a hospitais de alienados para segurança pública. Tendo em vista a abrangência e inoperância prática

---

<sup>70</sup> As colônias da Ilha do Governador eram denominadas de São Bento e Conde de Mesquita. Os asilos-colônias ou colônias agrícolas eram idealizados com a finalidade de receber pacientes incuráveis, destinados à reclusão permanente, de forma a ocupá-los em atividades ou trabalhos que pudessem contribuir para o próprio sustento (cultura de legumes, criação de animais).

dos termos legais, as implicações da lei geram o recolhimento cada vez mais intensificado, por motivos legitimados, porém nem sempre consistentes teoricamente.

No HNA havia a Seção Pinel para pacientes masculinos indigentes, na qual se concentrava grande número de “alcoólatras”, categoria bastante presente nessa instituição. O decreto 1.559 de 7 de outubro de 1893 criou o Pavilhão de Observação do Hospício Nacional de Alienados<sup>71</sup> e o vinculou à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O Hospício se torna espaço privilegiado de formação médica do alienista, e essa profissionalização médica nos espaços hospitalares proporcionou a expansão da legitimidade do poder médico e a ampliação da demanda social por internações, convergindo na demanda dos alienistas por novos hospícios estatais.

Segundo Teixeira Brandão, diretor do Hospício Nacional de Alienados, o espaço cada vez mais cheio comprometia o plano de cura e, conseqüentemente, não liberava vagas para as novas internações. Nessa época, a semelhança institucional entre o hospício e a prisão faz o mesmo diretor preconizar a retirada das grades de ferro para suprimir o aspecto prisional, a fim de se retirar a ideia de privação de liberdade na internação hospitalar dos alienados, fato só concretizado com as reformas de Juliano Moreira<sup>72</sup> em 1890. As semelhanças não se fazem por mera coincidência, hospícios, prisões e os futuros manicômios judiciários se constituem como Instituições Totais (GOFFMAN, 2001), os principais dispositivos sociais de controle e normatização de agentes insubordinados à norma social.

---

<sup>71</sup> O decreto 1.559 de 7 de outubro de 1893 ampliou o número de médicos no hospício e fundou o Pavilhão de Observação, serviço de avaliação preliminar para ingresso de suspeitos de alienação levados à instituição. Os pacientes eram observados por até 15 dias para verificação do encaminhamento. As aulas eram facultativas, destinadas ao sexto ano de Medicina e pouco frequentadas pelo pouco retorno financeiro na área (VENÂNCIO, 2003).

<sup>72</sup> Juliano Moreira (1873-1933) formou-se em Medicina na Faculdade da Bahia em 1891. Ocupou cargo de professor universitário e diretor do Hospício Nacional de Alienados entre os períodos de 1903 a 1930. No período de 1911 a 1930 foi Diretor Geral de Assistência a Alienados. Trouxe novas contribuições no tratamento aos “doentes mentais”, tais como a implantação da clinoterapia e as oficinas no Hospital de Alienados no Rio de Janeiro. Em 1928, fundou a Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro, do qual foi presidente (FACCHINETTI, 2001).

A partir dos Decretos posteriores a 1890, modifica-se a estruturação do Hospício Nacional de Alienados (HNA): as alas sul se transformam em celas fortes, banheiros e serviços hidroterápicos são ampliados, criados gabinetes de eletroterapia e anatomia patológica. A tendência da proposta era de espacialização do espaço asilar, por meio de subdivisões internas e externas à instituição, produzindo novos espaços de internação da loucura: colônias para epiléticos e alcoólatras, manicômios judiciários para loucos criminosos (JULIANO MOREIRA, 1905).

Por volta de 1898, a Europa já debate o modelo asilar e o papel dos hospícios no tratamento da alienação mental, enquanto no Brasil ainda prevalece a crença no poder da cura pela terapia asilar em conjunto ao “tratamento moral”<sup>73</sup> do alienado (RESENDE, 1990). Os avanços e retrocessos da liberalização da prática médica na sociedade fazem parte do processo de institucionalização do poder médico e suas aproximações do campo do judiciário. Afinal, dessa união provêm as garantias de restrição da liberdade civil do alienado, com a internação para o “tratamento moral”. Nessa concepção, o trabalho era um elemento importante nesse empreendimento, vinculado principalmente ao ideário disciplinar de inserção social numa sociedade com capitalismo tardio. (VENÂNCIO, 2011; PEREIRA, 2004; RESENDE, 1990).

O Decreto n. 2.467, de 19/02/1897 institui o exame médico até 24 horas como condição da internação judiciária, fato considerado um notável avanço para a hegemonia médica sobre a loucura, cada vez mais setorizada com a pretensa finalidade de tratar melhor. Posteriormente, a especialização para o cargo de diretor do serviço de assistência a alienados deixa novamente de ser exigida pelo Decreto n. 3.244, de

---

<sup>73</sup> O Tratamento moral não se constituiu em corpo de conhecimentos acabado sobre etiologia e tratamento da doença mental, visa à correção através de experiências novas. Conforme afirma Amarante (apud RESENDE, 1990:26): “A grosso modo o tratamento moral é a utilização conveniente da disciplina, onde todos os aspectos que compõem a instituição asilar concorrem para este fim”. A palavra moral designa fatores reunidos (não físicos, psíquicos, sociais, situações, éticos), reunindo desde as paixões da alma, apetites e fantasias (PESSOTI, 1996).

29/09/1899, fato que foi revertido mais tarde, em 1903. Entre avanços e retrocessos da ampliação do poder médico, o alcance da máquina pública possibilitou significativas mudanças legislativas, principalmente a partir da carreira pública ou política de seus gestores médicos.

Em 1903, Teixeira Brandão ingressa como deputado na carreira política e se reelege com vários mandatos políticos<sup>74</sup>. A partir do ingresso na máquina estatal, ele finalmente obtém aprovação da lei 1132 dos alienados, elaborada em 1897, mas só promulgada em 22/12/1903, a primeira lei federal de Assistência médico-legal aos alienados, que reorganiza várias situações: 1) a internação só pode ocorrer com parecer médico; 2) transfere a responsabilidade do asilo psiquiátrico para o Estado; 3) O artigo 10 proíbe manter os alienados em cadeias públicas; 4) O artigo 11 cria pavilhões/alas especiais em hospícios, enquanto não houver manicômios especiais.

A partir de aliados políticos, as demandas médicas se materializam sob a forma da lei, a hegemonia médica sobre a loucura é blindada, assim como a responsabilização estatal no tratamento do alienado. Esse conjunto de medidas permite a entrada da figura médica como representante de classe na instituição hospitalar e gera uma especialização cada vez mais sofisticada. Entretanto, os loucos criminosos saem das prisões, mas não encontram espaço consensual nos hospícios, e vão para ala especial, até a criação dos manicômios especiais, os manicômios judiciários no Brasil.

Em 1901, já se aludia à presença de pacientes “delinquentes” no Hospício Nacional de Alienados, mas não se sabem dia/mês da criação da primeira ala específica, nem a localização da denominada “Seção Lombroso” na estrutura física institucional. Essa seção especial não consta nos relatórios administrativos até o ano de 1915 e se

---

<sup>74</sup>Teixeira Brandão foi relator do projeto de lei que instituiu a vacina obrigatória em 1904, demonstrando a sua aliança com os princípios doutrinários da polícia médica na saúde pública no combate à resistência populacional ao evento da vacinação compulsória (ALMEIDA, 2008; COSTA, 1986). Era tradição das elites médicas o alcance da trajetória política para além de seu campo de especialização, a política e muitas vezes a literatura eram almejados (MAIO, 1994).

supõe a proximidade à seção Pinel, provavelmente, as denominadas “Casas-fortes” (MACIEL, 1999).

No início do governo Rodrigues Alves em 1902, há um aprofundamento da mentalidade saneadora no meio urbano do Rio de Janeiro e mudanças profundas serão preconizadas no plano urbano. Dois campos disciplinares distintos, a Saúde Pública e a emergente Medicina Mental, unem-se em prol de um objetivo em comum da Medicina Social no país, a regulação populacional no espaço do Rio de Janeiro, a Capital do Brasil. Em 23 de março de 1903, designava-se Oswaldo Cruz para titular da Diretoria Geral de Saúde Pública visando ao enfrentamento às epidemias que ainda assolavam o Rio de Janeiro. No mesmo ano, Juliano Moreira é nomeado diretor geral da Assistência Federal a Psicopatas. Ambos profissionais com reputação teórica internacional nas áreas correspondentes e experiências práticas consistentes.

Oswaldo Cruz completou os estudos na Europa, no Instituto Pasteur de Paris, tendo em vista provável concurso na seção de Higiene e Medicina Legal. De 1896 a 1899, trabalhou no Laboratório de Toxicologia com Ogier e Vibert, na Clínica Urológica com Guyon e Albarran, e também frequentou cursos de higiene, microbiologia, histologia patológica, química biológica. Aprendeu a fabricar artefatos de vidro para laboratório, produziu as primeiras ampolas brasileiras e ensinou o ofício aos vidreiros de Manguinhos. Em 1897, realizou cursos de aperfeiçoamento no Instituto Pasteur. A Instituição era dirigida por Matchnikoff, o pai da imunologia, que em conjunto com Émile Roux, inventor do soro antidiftérico, convidou-o a se fixar no Instituto, mas Cruz decidiu retornar ao Brasil em 1899. Fundou em 1900 o Instituto Soroterápico Nacional na fazenda de Manguinhos (atual Fundação Oswaldo Cruz) para a produção de vacinas e o desenvolvimento da Medicina experimental. Em 1903, o presidente Rodrigues Alves nomeia Oswaldo Cruz como Diretor-geral da Saúde

Pública, cargo equivalente ao Ministro da Saúde atualmente. O objetivo da Saúde Pública era erradicar a febre amarela, a peste bubônica e a varíola no Rio de Janeiro. Instituiu várias medidas: o isolamento dos doentes, a vacinação obrigatória e as brigadas “mata-mosquitos”, guardas que eliminavam os focos do mosquito transmissor da febre amarela – o *Aeges aegypti* (PARAENSE, 1989; BRITTO, 1995).

Juliano Moreira residiu na Europa entre 1895 a 1902 para tratar da tuberculose. Durante o período realizou cursos com ilustres professores: Flechsig, Krafft-Ebing, Émil Kraepelin, Magnan, entre outros, além de visitar principais clínicas psiquiátricas e hospícios de diversos países (Alemanha, Inglaterra, Escócia, Bélgica, França, Itália, Áustria e Suíça). Ao retornar, surgiu o convite para a direção do Hospício Nacional de Alienados, por influência de Afrânio Peixoto e J.J. Seabra (VENÂNCIO, 2005).

No programa higienista estatal, a Medicina Social une ações preventivas, por meio da limpeza dos focos das doenças e intervenções nos padrões de comportamento moral, aumentando sensivelmente a capilaridade do poder estatal na sociedade. As fugas dos padrões considerados “saudáveis” e “eugênicos” representavam infração penal ou loucura; ambas as questões se misturavam e convergiam na caracterização da transgressão social. A renúncia aos códigos sociais vigentes por certos estratos sociais era interpretada como falta de moral, perversidade ou loucura moral, estigma de uma patologia. Dessa forma, desvinculam-se os comportamentos inaceitáveis à questão moral e o destino dos transgressores era intermediado pela polícia: os presídios para reincidentes incorrigíveis e a seção especial no Hospício para os loucos criminosos, à medida que ainda não se efetivara a construção de um manicômio judiciário com a finalidade de recolher os loucos específicos na sociedade.

No ano de 1903, o psiquiatra Juliano Moreira assume a administração do Hospício Nacional de Alienados e a Direção Geral da Assistência Federal a Psicopatas,

anteriormente “Assistência a Alienados”. A partir desse ano, a assistência passa a incluir os “desviantes perigosos” oficialmente. Todavia, a mudança segue as classificações psiquiátricas vigentes, nas quais os termos “alienado” e “psicopata” se equivaliam. Nas primeiras décadas do século XX, ambos os termos adquirem significados mais restritos em função do estabelecimento de fronteiras psicopatológicas mais rígidas, conforme já discutido anteriormente. Um dos principais desafios dos alienistas era compor concepções diagnósticas referenciadas a partir de princípios científicos consagrados internacionalmente.

Outro retrocesso na legislação ocorreu com o retorno da exigência da especialização para administrar hospícios a partir da reorganização da Assistência a Alienados de 1903 e pelo regulamento de 1904, artigo 3 do Decreto n. 5.125, de 01/02/1904. Em 1905, o Decreto 5.125, artigo 1º estabelece as condições de internação mais restritivas no estabelecimento de alienados: moléstia mental, congênita ou adquirida que comprometa a ordem pública ou a segurança das pessoas. Todavia, a polícia continua encaminhando os condenados pela via judiciária para o Hospício, principalmente pela inserção dos médicos legistas presentes neste órgão, instaurando um conflito de autoridade entre duas áreas ainda não dissociadas plenamente, a nascente Psiquiatria no hospício e a Medicina Legal numa instância jurídica, a polícia. Apesar da relação confusa entre esses novos campos médicos especializados, ambos se aproximavam em busca de respostas em torno da “amoralidade comportamental” ou outros comportamentos delituosos. Não havia consenso sobre a interpretação da legislação, a diferença entre imputável e inimputável e o tipo de internação/reclusão que o louco amoral ou criminoso doente deveria receber. Foi necessário vencer vários adversários para que as produções documentais médico-científicas valessem como prova de “verdade” e superassem o material policial obtido, por meio da tortura dos



policiais, vereditos leigos dos juízes ou a prova testemunhal atécnica colhida pelos agentes judiciários (AUGUSTO & ORTEGA, 2011).

O decreto n. 8.834 de 11 de julho de 1911 reorganiza a Assistência aos Alienados, modificando a designação de Hospício Nacional de Alienados para Hospital Nacional de Alienados. No ano anterior, Juliano Moreira propôs retirar dos hospícios toda lembrança de caserna ou prisão, procedimento de purificação institucional, em conjunto com a demanda crescente dos psiquiatras por internações dos loucos criminosos em estrutura adequada (o manicômio judiciário), separados do louco não criminoso.

Em 1912, a Psiquiatria torna-se especialidade médica autônoma, período no qual novos tipos de estabelecimentos destinados aos “doentes mentais” são construídos – a Colônia do Engenho de Dentro destinada às mulheres alienadas e a Colônia de Jacarepaguá para homens alienados. A população internada era de crônicos, ditos “incuráveis” e na sua maioria indigentes. A Colônia de Jacarepaguá foi composta de homens oriundos das Colônias da Ilha do Governador, cujas estruturas físicas institucionais se deterioraram de tal forma que não valeria reformá-las <sup>75</sup> (COSTA, 2006).

Em 1915, Juliano Moreira defende a criação de um Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro, argumentando com o já promulgado decreto de 1903, sem efetivação da lei de forma concreta à vista. Em 1916, a superpopulação no Hospital Nacional de Alienados crescia de modo acentuado, grande parte alcoólicos, adicionados aos novos tipos de alienados que começaram ingressar: as vítimas das drogas (cocaína, morfina) e

---

<sup>75</sup> Em 1930-37, a Colônia de Engenho de Dentro destinada às mulheres passou a ser denominada Colônia Gustavo Riedel. A partir do Decreto-lei 591/1938, esta é renomeada de Centro Psiquiátrico Nacional. Em 1935, o nome da Colônia de Jacarepaguá foi modificado para Colônia Juliano Moreira em homenagem ao renomado psiquiatra já referido (JACÓ-VILELA, 2011).

os sífilíticos e engrossar a ala de maior contingente no HNA, a Seção Esquirol, a dos indigentes.

Segundo Maciel (1999), o relatório de atividades realizado por Juliano Moreira para o Ministério da Justiça e Negócios Interiores mostra a estruturação física do funcionamento do Hospital Nacional de Alienados. Cada alienista era responsável por seção específica e encaminhava relatórios ao diretor geral que, por sua vez, fazia o relatório geral para o ministro. Esse relatório de atividades descreve as Seções existentes, segundo as especificidades da clientela:

- 1) Seção Cameil de pensionistas masculinos, de primeira e segunda classe, com falta de acomodações;
- 2) Seção Pinel de indigentes – e o grande problema apresentado era a mistura de alienados delinquentes.
- 3) Seção Morel de pensionistas femininas, voltadas para casos de histeria<sup>76</sup>;
- 4) Seção Esquirol para indigentes do gênero feminino, alcoolistas, espíritas, epiléticas;
- 5) Pavilhões Guislain de epiléticos tranquilos e semitranquilos<sup>77</sup>;
- 6) Pavilhões Francisco de Castro e Jobim para Moléstias intercorrentes (infectocontagiosas) masculinos e femininos;
- 7) Pavilhão Griesinger para mulheres com escorbuto<sup>78</sup>;

---

<sup>76</sup> A Histeria era incluída no quadro de degenerações, o diagnóstico mais prevalente em mulheres entre as mulheres internadas no Hospício Nacional de Alienados até a década de 1920. Havia muita resistência às concepções psicanalistas, predominava a aceitação da tese explicativa da histeria como produto da degeneração e hereditariedade. Médicos e moralistas formularam projetos de intervenções, nos quais a mulher era convocada a exercer os papéis de esposa e mãe; as que se desviassem desse projeto, no caso, as adúlteras, as prostitutas eram consideradas perversas, loucas ou histéricas (NUNES, 2010; FACCHINETI, *et al.*, 2008)

<sup>77</sup> Epiléticos tranquilos e semitranquilos consistiam em categorias diagnósticas utilizadas para designar graus de impulsividade, violência e crises epiléticas característicos na apresentação do quadro psiquiátrico anterior à produção das medicações anticonvulsivantes (JULIANO MOREIRA, 1905; GONÇALVES & EDLER, 2009).

<sup>78</sup> Escorbuto (ou beribéri) – trata-se de uma doença devido à carência grave de vitamina C, decorrente da falta de consumo de folhas e frutas frescas. Desde 1883, observou-se uma epidemia de casos denominados beribéri em asilados, atribuíam a gênese da doença aos miasmas ou agentes infecciosos, todavia, a doença denunciava a carência alimentar que vivia os asilados que culminavam no óbito. A

- 8) Pavilhão Bourneville para crianças;
- 9) Pavilhão Seabra: continha oficinas de tipografia e de carpintaria, sapataria, colchoaria, ferraria, pintura, usina elétrica e costura.

Esses Pavilhões estão agregados aos lugares institucionais com funções específicas: gabinetes clínicos-cirúrgicos, espaços de hidroterapia, cozinha, lavanderia, jardins, sala de leitura e música. A espacialização apresentada nos textos lembra as funções do hospital psiquiátrico do século XIX, segundo Foucault: “lugar de diagnóstico e de classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta” (1990:122). Em suma, a produção de verdades nos hospitais psiquiátricos se hipertrofia em torno do personagem do médico, e esse sobrepoder garante e justifica os privilégios do conhecimento obtido na produção da doença mental, permitindo-o intervir, decidir e retroalimentar-se com a cumplicidade dos demais saberes-poderes envolvidos na destinação da internação e controle social.

A polícia levava diferentes tipologias ao hospital: alcoolistas ou indivíduos com sintomas produtivos da alienação (delírios, alucinações), autores de pequenos delitos, ou outras demandas por internação, inclusive a pedido das famílias. Em parte, as demandas produzidas culminavam no esgotamento da capacidade da Seção Pinel, cuja clientela era composta de alienados indigentes e/ou “delinquentes”. A superlotação dessa seção gerava a demanda de criação de colônias específicas (alcoolistas, epiléticos, entre outras) e de manicômios judiciários. Enquanto os novos espaços não eram concretizados, novas subdivisões internas ocorriam no Hospital Nacional de Alienados.

O embrião do futuro manicômio judiciário nasceu sob a forma de ala especial, a “Seção Lombroso” para loucos criminosos, na qual a clientela era encaminhada pela

---

doença foi utilizada como terapêutica considerada eficaz na alienação, visto que acalmava, tornava os doentes apáticos (JACOBINA & CARVALHO, 2001).

polícia até 1920. O perfil desta Seção consistia de: homicidas, estelionatários, vadios e pederastas, ou seja, o comportamento em desvio da moral social promovia uma grande internação de “alienados criminosos”, subtipos considerados específicos demais para os manicômios comuns<sup>79</sup>. Por crime, denotavam-se formas de viver ou de ser que não se coadunassem às normas estabelecidas socialmente, mesmo que não implicasse danos aos outros, fato que aumentava as penas aplicadas em lei. Por exemplo, ser mendigo, bêbado e vadio, efetivava-se como uma “escolha” da miséria e do vício do indivíduo, um afrontamento à moral e aos bons costumes da sociedade. Notoriamente, uma visão reducionista das problemáticas sociais amplas que responsabiliza o indivíduo pela falta de recursos, por vaguear sem rumo, não ter meios de subsistência nos meios urbanos, e culmina na institucionalização psiquiátrica de grandes contingentes populacionais sob a designação de “loucos”. Em síntese, o Estado e todos seus aparatos repressivos se estruturam como fortes aliados da emergente Psiquiatria nas demandas por internações psiquiátricas da época, em consonância com os ideários médicos eugênicos vigentes no circuito da intelectualidade brasileira aprofundados a seguir.

---

<sup>79</sup>O Código Penal de 1890 ainda era vigente, até a promulgação do Código Penal de 1940. A lista de crimes tipificados no Código Penal de 1890 é extensa, os primeiros focam a integridade da República. Entre temáticas: contra saúde pública (espiritismo, magia e práticas de curandeirismo); contra o livre exercício dos direitos políticos e liberdade pessoal (motivos religiosos ou políticos); violência carnal; rapto; Lenocínio (prostituição); adultério; ultraje público ao pudor; poligamia; subtração, ocultação e abuso de menores; homicídio; infanticídio; auxílio em suicídio; aborto; lesões corporais; duelo; calúnia e injúria; dano bens públicos; furto; roubo; extorsão; falência fraudulenta; estelionato; apropriação de propriedade (literária, industrial, comercial); profanação de túmulos e cemitérios; uso de nomes e títulos indevidos; sociedades secretas; mendicância e ébrios (embriaguez); vadios e capoeiras (ver Decreto n.847, de 11 de outubro de 1890).

FIGURA 8. Juliano Moreira e a Seção Lombroso. Fonte: Acervo digital da Escola Penitenciária, s/data.



FIGURA 9. Heitor Carrilho e a Seção Lombroso. Fonte: Acervo digital da Escola Penitenciária, 21/05/1949 (?).



#### 1.4. A EUGENIA NA PSIQUIATRIA BRASILEIRA

Se no periódico oficial da Liga Brasileira de Higiene Mental Kehl recomendava a aplicação da esterilização apenas para os “grandes degenerados”, no Boletim de Eugenia, em 1929, a indicação estendia-se aos “grandes criminosos”, aos “anormais” acometidos por “degeneração psíquica” como a “loucura”, “epilepsia”, “idiotia” e “esquizofrenia”, bem como em “surdos-mudos” e naqueles que apresentassem qualquer “estigma de degeneração” que pudessem ser transmitidos hereditariamente (WEGNER & SOUZA, 2012).

Eugenistas, psiquiatras e juristas apresentavam um ponto em comum: a implementação de medidas eugênicas com a finalidade de melhoramento da raça. Esses atores aproveitam as instituições existentes, tal como a Colônia de Psicopatas, para delinear uma prática da segregação eugênica preconizando a alta tardia dos heredo-psychopathas subsidiada pela Lei de Assistência a Psycopathas. Nesta, cumpriu a necessidade de retê-los nos hospícios durante o período de aptidão procriadora, com prévia previsão do Poder Judiciário para não ferir os princípios jurídicos e produzir dispositivos legais para o retardamento da alta do internado.

Exponentes médicos brasileiros na área da Psiquiatria partilhavam das convicções teóricas de dois movimentos, a da Liga Pró-Saneamento do Movimento Sanitarista criada em 1918 e da Sociedade Eugênica de São Paulo fundada em 1923. A Liga Pró-Saneamento no Brasil foi fundada em fevereiro de 1918 por Belisário Penna, funcionário da Diretoria Geral da Saúde Pública. Participaram intelectuais, profissionais liberais, médicos, advogados, engenheiros, militares e políticos (Monteiro Lobato, Alberto Torres, Arthur Neiva, Gilberto Freire, Roquette-Pinto, Afrânio Peixoto). Esta Liga estabeleceu delegações nas federações, visando estimular os governos (estaduais, municipais) a implantar políticas públicas visando a: construção de habitações higiênicas, profilaxia de doenças consideradas evitáveis, programas de educação

higiênica, postos rurais e obras de saneamento básico. A produção teórica dos agentes acima relacionados resultou na revista “Saúde”, oito exemplares no total com vistas à divulgação do seu ideário (BRITTO, 1995).

Em 25 de janeiro de 1918, foi criada a Sociedade Eugênica de São Paulo, a primeira da América Latina por esforços de Renato Kehl e de grupos de médicos e intelectuais paulistas e cariocas: Arnaldo Vieira de Carvalho, Alfredo Ellis, Belisário Penna, Arthur Neiva, Luis Pereira Barreto, Vital Brazil, Antonio Austregésilo, Fernando de Azevedo, Juliano Moreira, Afrânio Peixoto, entre outros membros. Os “Annaes de Eugenia” foram lançados pela editora Revista do Brasil, de propriedade de Monteiro Lobato. Em 1929, acrescenta-se uma publicação mensal do *Boletim de Eugenia* de 1929 a 1931 e trimestral nos anos de 1932-33. Com a morte de Arnaldo Vieira de Carvalho (cofundador da Sociedade) e a transferência de Renato Kehl para o Rio de Janeiro, onde atuaria do Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal, o movimento eugênico se deslocou para o Rio de Janeiro (SOUZA, 2012).

No Brasil, o movimento eugênico e as ideias higiênico-sanitárias se associaram, alinhando-se ao eixo de aprimoramento da raça e combate aos fatores degenerativos: alcoolismo, sífilis, tuberculose ou loucura, entre outros (STEPAN, 2005; COSTA, 2007; SOUZA, 2012). Em congruência com as ciências sanitárias, o campo da eugenia tornou-se ícone da modernidade cultural do país, uma referência obrigatória na discussão nacional. Esse campo representava um novo ramo da higiene com incorporação seletiva das teorias sanitaristas, utilizando-as como instrumentos civilizadores dos valores higiênicos, intelectuais, morais e sexuais da população brasileira a partir de 1920. Essa aliança permitiu que as ideologias raciais do século XIX fossem reintroduzidas com novas terminologias científicas de campos disciplinares diversificados (médicos, literatos, sociólogos, antropólogos).

Como o debate intelectual e político acerca das questões sanitárias e da saúde pública tinham conquistado a imprensa, a opinião pública e próprio governo, é possível afirmar que os intelectuais ligados ao discurso eugênico pegaram uma carona do movimento sanitarista com objetivo de conquistar força em prol da divulgação e da institucionalização da eugenia no Brasil (SOUZA, 2012:9).

Dentro desse contexto, a Sociedade Eugênica de São Paulo realizou inúmeras reuniões com objetivo de discutir o código civil brasileiro nos itens de interesses eugênicos preventivos, chegando a obter aprovação das leis eugênicas sobre a obrigatoriedade do exame pré-nupcial e da implantação de educação eugênica nas escolas públicas na constituição de 1934 durante o Governo Getúlio Vargas.

A Psiquiatria brasileira converge para os estudos eugênicos entre as décadas de 1920 e 1930, principalmente nas discussões que associavam problemas sociais (criminalidade, prostituição e doenças mentais) ao patrimônio hereditário dos indivíduos. Essa adesão se consolida com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental pelos médicos Gustavo Reidel, Miguel Couto, Juliano Moreira<sup>80</sup>, Ernani Lopes em 1922, uma entidade civil de utilidade pública que funcionava com subsídios federais e filantrópicos, com objetivo inicial “de melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (COSTA, 2006:39). A partir de 1926, os projetos iniciais foram negligenciados em prol do foco na prevenção nos meios escolar, profissional, social, penetrando nas dimensões ínfimas do cotidiano do homem considerado “normal”.

---

<sup>80</sup> Apesar de Juliano Moreira participar da Sociedade Eugênica, ele se recusou a atribuir a degenerescência mental à mestiçagem. Os fatores eugênicos seriam de outra ordem: alcoolismo, sífilis, verminoses, condições sanitárias e educacionais diversas (ODA, 2001).



O fundo teórico da Eugenia brasileira era eclético (lamarckismo<sup>81</sup>, darwinismo<sup>82</sup>, weismannismo<sup>83</sup>, mendelismo<sup>84</sup>), contudo, o paradigma científico mais visitado como ponto de partida dos estudos da influência do meio sobre a saúde e a “raça nacional” foi o Neolamarckismo. As teorias neolamarckianas entendiam a hereditariedade determinada por fatores internos (raciais) e fatores externos (meio), versão que tornou a população objeto manipulável por critérios considerados “científicos”, resultando em políticas públicas de higienização do espaço urbano e controle da reprodução humana.

De fato, a concepção neolamarckista consagra práticas drásticas de discriminação, exclusão, mutilação através da esterilização reprodutiva em segmentos pobres da população considerados seres “inferiores” (negros, prostitutas, homossexuais, deficientes físicos e mentais) e a reclusão institucional dos recalcitrantes à ordem social. Por outro lado, a eugenia baseada na concepção de hereditariedade mendeliana eleva a herança imutável ao fator de transmissão do material “defeituoso” entre gerações e desencadeia procedimentos mais radicais com a ênfase em raças “superiores”, preconizando políticas extremas de controle de reprodução humana e até extermínios éticos, conforme observado no nazismo alemão.

Na berlinda, a temática “raça” torna-se eixo central nas discussões eugênicas, explicativas dos males brasileiros. Considerando que “raças não são entidades naturais pré-existentes, mas grupos sociais produzidos por relações desiguais de poder e práticas discriminatórias” (STEPAN, 2005:150), pode-se afirmar que no Brasil se instituiu o

---

<sup>81</sup> Lamarck naturalista francês, obra publicada *Philosophie zoologique* em 1809. Propõe a evolução das espécies em série linear do mais simples até os mais complexos por meio da capacidade dos organismos reagir às condições e mudanças ambientais. Ancora-se na lei do uso e desuso e a herança dos caracteres adquiridos.

<sup>82</sup> No Darwinismo na seleção natural, os aspectos adaptativos prevalecem, os demais entram em extinção.

<sup>83</sup> O Weismannismo era contrário a ideia de herança, deixava aberta à possibilidade das influências externas nas variações das células germinais.

<sup>84</sup> No Mendelismo a herança predomina em detrimento das intervenções externas.

“fascismo da cor”<sup>85</sup>, por meio da ideologia do “branqueamento”<sup>86</sup>. A confusão entre raça e cor gerou classificações fundamentadas em concepções biológicas de categorias de grupos em desigualdades sociais. Ou seja, com a implantação da República e a abolição da escravatura no Brasil, não houve a extirpação da questão da diferença social, mas apenas uma fraca reformulação. Em suma, o problema social das desigualdades se deslocou para a natureza biológica, produzindo hierarquizações baseadas em atributos morais articulados com as características físicas (a raça), possibilitando a formulação teórica de uma hierarquização das raças, cuja herança porta o germe da degradação humana, da loucura à criminalidade, conforme o próximo item da tese.

A concepção de degradação humana é ilustrada pelo autor Morel (1809-1873)<sup>87</sup> com uma teoria que busca a inteligibilidade oculta da doença mental (a etiologia), a atuação de substratos orgânicos promotores de lesões ou disfunções orgânicas (o álcool, a sífilis) e o meio representando o freio do processo patológico da degenerescência, através de atuações de profilaxia e higiene, por exemplo, o controle da bebida e da sexualidade. Na concepção moreliana, o alienado seria o último elo de caráter irreversível da cadeia de degenerações da família. A alienação mental se distinguia em dois tipos: a congênita (idiotia, demência com paralisia) e a adquirida (mania, melancolia, idiotia, tristeza, demência). As terapêuticas consistiriam em dois eixos, a profilaxia defensiva que confina o alienado para evitar danos, riscos à família

---

<sup>85</sup> Mesmo após a República brasileira de 1889, manteve-se a hierarquia de classes do passado refletida em práticas discriminatórias que se baseiam na “cor” de pele, contrastante nos países europeus e norte-americanos em que vigora uma compreensão racial baseada na origem do indivíduo. Os países europeus e norte-americanos percebem o Brasil como país de mestiços de origem latina, já os brasileiros se subdividem por cores de pele (aspecto biológico): branco, negro, pardo, mulato (STEPAN, 2005).

<sup>86</sup> A ideologia do branqueamento perpassava pela absorção das etnias “inferiores” pela miscigenação com o branco, considerado raça “superior”. Já os mestiços seriam mais recuperáveis, isto quer dizer que o racismo eugênico não excluía a possibilidade de contato entre etnias diferentes (COSTA, 1944).

<sup>87</sup> Benedict-Augustin Morel (1809-1873) médico, franco-austríaco, publicou em 1857 *Traité des Degenerescences*. A concepção de degenerescência corresponderia a uma versão religiosa do mito da gênese e do pecado original, no qual o degenerado seria um desvio doentio do tipo normal da humanidade, transmitiria as taras aos descendentes da linhagem até a completa extinção, a quarta geração (BECHERIE, 1989; PEREIRA, 2008). Morel pretendeu substituir as classificações sintomáticas de Pinel e Esquirol, pela concepção etiológica das enfermidades mentais. Uma pluralidade de causas estabeleceria uma rede de classificação de nosografias e de terapêuticas (profilaxia e higiene).

ou a sociedade e a profilaxia preventiva que modifica as condições (intelectuais, físicas, morais), segundo leis morais fixas de higiene, imutáveis e universais com a finalidade de atenuar as reincidências dos riscos, se constituindo uma nova forma de observar e analisar os desviantes e ampliar a gerência da psiquiatria sobre o corpo social, próprio do biopoder de Foucault (1990).

O conceito de degenerescência suscitará interesse nos circuitos sociais até 1920, após curto desaparecimento, tornará ressurgir nos seguidores morelianos da Psiquiatria: Jacques Joseph Valentim Magnan<sup>88</sup> (1835-1916) e Emil Kraepelin<sup>89</sup> (1856-1926). Do mesmo modo do seu antecessor, Magnan profere críticas às classificações da psiquiatria francesa clássica (Pinel<sup>90</sup>, Esquirol<sup>91</sup>), propondo a inclusão de patologias com lógica de gravidade crescente e o diálogo entre a Medicina Mental e a Neurologia, em virtude de estudos anatomopatológicos de lesões cerebrais. Em Magnan, a tipologia do homem “normal” se desloca do ser perfeito, originário de Deus, para o ser obediente às normas estabelecidas socialmente, enquanto o degenerado equivale ao ser “desequilibrado” com características sintomáticas denominadas de estigmas (físicos, psíquicos e delírios), proporcionando novas estratégias de ação medicalizante dos doentes em potencial, prováveis ameaças futuras. Segundo Serpa Jr (2010), a característica mais destacada na condição de degenerado de Magnan é o “desequilíbrio”, traço essencial que prevalecerá

---

<sup>88</sup> Valentin Magnan (1835-1916), psiquiatra, presidente da Sociedade Médico-Psicológica francesa em 1887.

<sup>89</sup> Emil Kraepelin (1856-1926), psiquiatra alemão, criador da Moderna Psiquiatria.

<sup>90</sup> Philippe Pinel (1747-1826), médico francês foi diretor de Bicêtre, escreveu *Traite Medico-Philosophique sur l'Alienation Mentale* (1801). Aboliu os métodos antigos utilizados em Bicêtre e Salpêtrière na França por tratamento mais humanizado. A alienação mental era um distúrbio das funções intelectuais, sem lesão estrutural ou febre, expressão das paixões e dos excessos emocionais. Divididas em quatro classes, segundo sintomas: mania, melancolia, idiotismo, demência (BERCHERIE, 1989; PEREIRA, 2004).

<sup>91</sup> Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), médico francês discípulo de Pinel. A alienação mental era a distúrbio da sensibilidade, da inteligência e da vontade. Ampliou a classificação sintomática e subdividiu internamente cada quadro descrito por Pinel: mania, tristeza, idiotismo, demência, monomania. A terapêutica é o tratamento moral, igual a Pinel, a recondução à razão com auxílio do atendimento institucionalizado, retira-se todos os fatores causais com a internação e submete o paciente à disciplina médica (ameaças, recompensas, etc). (BERCHERIE, 1989; PACHECO, 2003).

e herdará iguais funções nosológicas morelianas. Mesmo depois que os termos degenerescência e degenerado forem abandonados na psiquiatria, o “desequilibrado” será o modelo fiel da denominada “predisposição hereditária” contemporânea.

A cada teórico da psiquiatria, os quadros nosológicos se multiplicam. Todavia, as fronteiras entre o normal e o patológico se tornam estreitas e o saber médico se adentra nos deslizes cotidianos do homem “normal”, modulados pelos anseios sociais. Na segunda metade do século XIX, o termo degeneração reaparece com causas mistas (internas e externas), uma nova perspectiva baseada na comparação estatística entre populações. Iniciam-se a biologização dos fatos psíquicos e sociais e a legitimação científica da concepção de degeneração. Em outros termos, a predisposição hereditária com Emil Kraepelin. A compreensão dos fatos extrabiológicos não tem lugar na etiologia, ou na nova nosografia psiquiátrica extremamente vinculada ao processo biológico neolamarquista. Enquanto a teoria darwiniana ressalta a seleção natural, ou seja, as formas adaptadas persistem, havendo extinção das formas não adaptadas, o neolamarquismo enfatiza a permanência e a hereditariedade de aspectos não adaptativos, ou seja, uma visão retrógrada da evolução natural.

Em 1910, Emil Kraepelin propõe a criação de rede internacional de psiquiatria a fim de reunir dados, comparar sintomas clínicos e identificar fatores etiológicos. Nesse banco de dados inaugurado, excluem-se aspectos da subjetividade do paciente ou de qualquer referência social como possíveis causalidades das doenças mentais, presentes nas concepções anteriores: a narrativa de histórias de vida, biografia ou contexto familiar específico. Somente, o último aspecto subjetivo pode se agregar aos quadros mórbidos, mas apenas para compor o quadro das hipóteses de hereditariedade mórbida (CAPONI, 2011, 2012). Tratar transforma-se em sinônimo de diagnosticar quadros psicopatológicos, construir uma “camisa de força” genérica, sem possibilidade de

diálogo simétrico entre paciente-médico ou a medicina e outros saberes sobre o sofrimento existencial do louco.

Na realidade brasileira, frente ao convívio de várias linhas de pensamento na área da Medicina Mental, o médico Juliano Moreira afinou-se com projeto alemão Kraepeliano e propôs um plano de classificação psiquiátrica unificado no Brasil em 1919. A adoção da classificação alemã de Kraepelin<sup>92</sup> na psiquiatria brasileira fez o expurgo da causalidade moral da doença mental que começa a ser compreendida como mudança no estado psicológico do alienado, mas com a correspondência do distúrbio no campo somático. Desse modo, a etiologia é considerada físico-psicológica, não mais de natureza moral, conforme a linha francesa (Pinel, Esquirol). Nessa unificação, há uma síntese de contrários que concilia a ambiguidade existente com a introdução da nova categoria “anormalidade”, seguindo a tendência internacional.

O saber psiquiátrico torna-se um saber sobre a psicopatologia do indivíduo no século XX e mantém o elo entre a teoria da degenerescência e a da anormalidade psicopatológica, conforme apontado anteriormente, a categoria “desequilibrado” entra na cena. Nesse sentido, dentro da nova categoria de “anormal”, cabem perfeitamente todos os degenerados (sifilíticos, epiléticos, alcoólatras, entre outros “loucos em potencial”), para além dos estados mórbidos congênitos. A alienação não se limita mais ao campo moral, ou apenas a etiologia, mas são consideradas desordens de naturezas diversas: nervos, cérebro, intelectuais, afetivas, comportamento. Portanto, comporta a dimensão do crime como uma espécie de ato louco que rompe a ordem “natural” na sociedade.

Carrara (1998) afirma que a concepção de crime-doença vincula-se ao ideal da promoção do bem comum das sociedades liberais no qual o crime se configura como

---

<sup>92</sup> A classificação alemã de Emil Kraepelin descreve os sintomas e a evolução dos diversos tipos de doença, agrupando-os segundo diagnóstico e prognóstico.

quebra desse contrato harmônico. Portanto, sugere “erro” ou “irracionalidade” do indivíduo que não soube lidar com a possibilidade da livre realização proporcionada e requer punição ou correção para expiar a culpa na sociedade. A patologização do crime como expressão de anormalidade mental transitória ou permanente justifica a demanda de criação Manicômio Judiciário, onde os “psicopatas” criminosos são assistidos como doentes em enfermarias brancas e não cárceres escuros (PORTOCARRERO, 1994). Nessa junção entre crime e loucura, o termo “*psycopatha*” era uma nova maneira de ver o alienado, incapaz de agir segundo normas legais e convencionais em seu meio social, sendo ressaltado pelo estado mental patológico, caracterizado por desvios que acarretam comportamento antissocial.

A partir de considerações sobre a medicina legal é que os psiquiatras tentarão definir com maior clareza essas anormalidades mentais, ao delimitar melhor o campo da anormalidade, embora de forma ainda bastante obscura. Tais anormalidades serão analisadas como pertencentes sobretudo à esfera moral, independentes das anomalias intelectuais e dos "verdadeiros loucos", reconhecidos como "doentes mentais propriamente ditos", os quais serão classificados como "anômalos morais perigosos, criminosos constitucionais". Eles serão diferenciados do homem normal por determinadas características de comportamento - incapacidade de bem julgar, de se conduzirem do ponto de vista moral, ingestão de tóxicos etc. Os anormais apresentam-se perigosos, mesmo que de modo latente. (PORTOCARRERO, 2002:63).

O termo *psycopatha* será utilizado no artigo 1, do Decreto n. 5.148-A, de 10 de janeiro de 1927 que altera o nome do Hospital Nacional de Alienados para Hospital Nacional de Psicopatas. O Decreto n.17.805 de 23 de maio de 1927 reorganiza a Assistência a “*Psycopathas*” do Distrito Federal<sup>93</sup>, significando qualquer pessoa que, em consequência de doença mental, congênita ou adquirida, atentar contra a própria vida ou a do outro, perturbar a ordem ou ofender a moral pública, seria recolhida em instituição adequada para tratamento. E ainda em 1934, o Decreto n. 24.559 de 3 de

---

<sup>93</sup>O Rio de Janeiro era capital do Brasil até o ano de 1960, quando o Distrito Federal foi transferido para Brasília.

julho de 1934, promulga a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal que “dispõe sobre prophylaxia mental, a assistência e a proteção à pessoa dos psicopatas e a fiscalização dos serviços psychiatricos” (COSTA, 2006:35).

No Brasil, nesse diálogo entre Psiquiatria e Justiça, há o delineamento de dois campos emergentes no saber médico, ainda em fase de diferenciação, a Medicina-Legal e a Psiquiatria Forense, ambas unidas pelos pilares fundamentais da Liga Brasileira de Higiene Mental e vinculadas a uma política saneadora, anterior ao aparecimento do manicômio judiciário como dispositivo materializado. No item a seguir, serão expostos os pioneiros das áreas emergentes, Nina Rodrigues na Medicina Legal e Franco Rodrigues na Psiquiatria Forense, em suas críticas aos respectivos Códigos Penais de 1830 e 1890 inauguradores do diálogo com o Direito Penal. Em seguida, Heitor Carrilho, herdeiro e interlocutor das concepções envolvidas na trama das discussões acerca do crime e loucura e o seu ápice, a construção do primeiro Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro.

### 1.5. A PSIQUIATRIA FORENSE, A MEDICINA LEGAL E O MANICÔMIO JUDICIÁRIO DO RIO DE JANEIRO NO SÉCULO XX

A psiquiatria procura recortar no campo empírico do comportamento criminoso, alguns aspectos que seriam relevantes do ponto de vista médico-psicológico. Alguns criminosos não teriam livre arbítrio, seriam automaticamente impulsionados por seus instintos, frente aos quais não teria possibilidade de se autocontrolarem. Nestas situações, como julgar um criminoso e responsabilizá-lo perante a lei?" (BIRMAN, 1978:8).

Entre os séculos XVIII e XIX, há um processo de desautorização das práticas leigas em relação à loucura e a constituição de um novo campo de saber, a Psiquiatria, efetivando a legitimação e o monopólio do exercício profissional médico. Na passagem do século XIX, a disputa se tornará interna ao campo de saber médico, marcando o

início da era das especializações médicas. No Brasil republicano, a constituição dos saberes da Medicina Legal e da Psiquiatria Forense, os médicos começam a almejar campos disciplinares distintos, novas especializações para as práticas específicas, o instituto médico-legal e o manicômio judiciário respectivamente. Esses campos médicos seguem historicamente ora complementares, ora competitivos na distinção das atribuições iniciais de identificação, avaliação e catalogação de indivíduos vivos (nos manicômios) ou mortos (na polícia inicialmente, posteriormente no instituto médico-legal), atreladas ao controle populacional no campo judiciário.

Neste item discorre-se um pouco do histórico da constituição dessas áreas até a concretização dos manicômios judiciários, a partir de três psiquiatras brasileiros, eleitos nesse trabalho, justamente pelas suas discussões proíficas junto ao campo jurídico, conforme discorrem os textos escolhidos para representar o pensamento de cada um dos protagonistas: o médico-legista Nina Rodrigues, o psiquiatra [forense] Franco da Rocha e o psiquiatra forense Heitor Carrilho, o herdeiro ideológico das correntes de pensamentos médicos que endossaram a vinculação entre crime e loucura.

#### 1.5.1. RAIMUNDO NINA RODRIGUES E A MEDICINA LEGAL

No Brasil, a emergência da disciplina Medicina Legal ocorreu em conjunto às transformações das Academias Médico-Cirúrgicas no Rio de Janeiro e Bahia em 1832<sup>94</sup>, em diálogo com a questão da responsabilidade penal. O ensino prático dessa matéria “versou sobre toxicologia, perícias, autópsias, embalsamentos e atestados com fins jurídicos e responsabilidade penal dos médicos” (SANTOS-FILHO, 1991:530). Ou seja, finalidades complementares e afins da emergente Psiquiatria Forense, ponto de

---

<sup>94</sup> Em 1830, o primeiro Código Penal prevê a obrigatoriedade de o juiz requisitar a avaliação médica em casos de violência. No ano de 1832, institui-se a perícia profissional e as regras de exames de corpo de delito (ALDÉ, 2003).



convergência para esforços comuns no desenvolvimento de questões bastante semelhantes, pelo menos inicialmente. Em 1854, a cadeira de Medicina Legal foi transferida da seção das ciências médicas para a seção de ciências acessórias e ganhou um laboratório de toxologia, além de uma composição de profissionais (lente catedrático, adjunto, ajudante do preparador, servente). Abria-se o prenúncio de um novo campo médico, sem recursos para aquisição de aparelhos específicos de análises e pesquisas investigativas, acrescida de um problema adicional, os profissionais só eram autorizados autopsiar cadáveres de negros, indigentes, loucos e antissociais, ou seja, a possibilidade da pesquisa médica não atingia os corpos de classes mais abastadas socialmente.

Em 1856, os serviços de Medicina Legal foram transferidos do judiciário para a polícia, com a criação da assessoria médica Junto à Secretaria de Polícia. A composição dessa assessoria era de dois médicos efetivos da polícia e dois professores de Medicina Legal da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Somente no ano de 1877, foi criado o primeiro necrotério do Rio de Janeiro na Gamboa, sendo liberado para aulas práticas universitárias em 1877 (ALDÉ, 2003).

Em suma, a área não gozava de prestígio profissional e legitimidade na atuação social até o final do século XIX. Em 1891, o ensino da clínica forense podia ser exercido na polícia e no curso de Direito, sendo que em 1895, as cadeiras de Higiene e de Medicina Legal se fundem em Medicina Pública. Outras reformas ocorreram<sup>95</sup>, até a Medicina Legal alçar à condição de disciplina científica e fortalecer a atuação especializada em perícia médica, no qual Nina Rodrigues<sup>96</sup> se situa em destaque no

---

<sup>95</sup>Ver Ramos (1939) Maio (1995); Correia (2005); Augusto & Ortega (2011) para estudos mais aprofundados no assunto, além das publicações do próprio Rodrigues citadas adiante.

<sup>96</sup>Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), maranhense, o seu pai Francisco Solano Rodrigues era proprietário de terras e a mãe descendente de famílias de judeus sefarditas (originários da Península Ibérica) por perseguições político-religiosas. Pioneiro na antropologia física, responsável pela profissionalização da Medicina Legal no Brasil. diretor do serviço sanitário do Hospício de Pedro II em

arcabouço teórico-prático desse projeto através de três recursos, no mínimo. O primeiro foi a criação da Sociedade Médico-Legal da Bahia em conjunto com outros médicos; o segundo, a publicação trimestral da Revista Médico-Legal em 1895. Entretanto, depois de dois anos ambas as criações são extintas. O terceiro recurso foi a tentativa de Nina Rodrigues de criar a habilitação específica de médico-perito em Medicina Legal, sem sucesso, fato que só mais tarde se tornou viável por iniciativa de um de seus principais discípulos, Afrânio Peixoto<sup>97</sup>, no Rio de Janeiro, durante a vigência da República nas primeiras décadas do século XX<sup>98</sup>.

Os debates intelectuais e políticos ultrapassaram os espaços acadêmicos e sobressaem nas discussões com relevantes personagens médicos e juristas sobre os

---

1882. Foi admitido na Faculdade de Medicina de Medicina na Bahia em 1882, em 1889 prestou concurso para a Faculdade de Medicina da Bahia, tornou-se adjunto da Cadeira de Clínica Médica, transferido pela reforma do ensino médico de 1891, ocupou a cadeira de Medicina Pública. A reforma Benjamin Constant criou a cadeira de Medicina Legal, alcançando a cátedra da Medicina Legal em 1895. Fundador da escola de pensamento “Nina Rodrigues” na Medicina Legal. Realizou investigações etnográficas afro-brasileiras e análises sociais das relações entre raça, ciência e República Velha. (MAIO, 1995).

<sup>97</sup>Julio Afrânio Peixoto (1876-1947) nasceu no interior da Bahia, em Lençóis. médico, escritor e higienista. Tese de doutoramento “Epilepsia e Crime”, publicada e prefaciada por Nina Rodrigues e Juliano Moreira. O álcool era uma das principais causas da degeneração racial. Para ele, os filhos de alcoólatras nasciam “defeituosos” e predispostos às várias doenças desde a infância, à loucura, à delinqüência e à criminalidade (STEPAN, 2004). Professor da Faculdade de Medicina na Bahia, médico-legista no Rio de Janeiro. Em 1903, assumiu direção do Hospital nacional de Alienados por curto período de tempo, durante o adoecimento de Juliano Moreira. No ano de 1906, ingressou na função de professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na cadeira Medicina Legal e Higiene. No ano de 1907, assume direção do Gabinete Médico-Legal da Polícia. Em 19013, torna-se professor de Medicina Pública na Faculdade de Direito do Rio de Janeiro. Exerceu cátedra de Higiene da faculdade de Medicina e a direção-geral da Justiça Pública do Distrito Federal em 1916. Realizou a primeira especialização em Medicina Pública (Medicina Legal e Higiene) com programa da disciplina com nível internacional. Em 1918, é vice-presidente do conselho consultivo da Liga Pró-Saneamento, presidente da Academia Brasileira de Letras em 1923, Deputado Federal pela Bahia em 1925-30 e monta o primeiro curso de criminologia no Brasil na Faculdade de Direito (MAIO, 1994).

<sup>98</sup> Considerado o período de Ouro da Medicina-Legal, Afrânio Peixoto elaborou um plano de reformulação do Gabinete Médico dos serviços médico-legais da polícia segundo normas práticas alemãs em 1902, oficializadas pelo Decreto federal n. 4.864, de 15 de junho de 1903, no mesmo período dos Decretos n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903 e n. 4.764, de 5 de fevereiro de 1903 que reorienta a assistência a alienados. A designação Instituto Médico-Legal se originou do Decreto 15.848, de 20 de novembro de 1922, tornou-se uma repartição técnica autônoma, subordinada administrativamente ao Ministério da Justiça e Negócios interiores, desvinculada da Polícia Civil, contudo, a autonomia foi rompida após o término do governo em 1930. O Decreto n.16.670 de 17 de novembro de 1924 define setores, cargos, atribuições e regulações da perícia médico-legal, determina a composição dos membros: médicos legistas, professores da Faculdade de Medicina Pública e Direito, alienistas e o diretor do Manicômio Judiciário. No início do período Vargas em 1932, foi construído um anfiteatro para aulas práticas de medicina legal no IML, com autorização para emissão de laudos pelos professores responsáveis (ALDÉ, 2003).

destinos e a elevação da nação brasileira à fase das europeias. Fundador da escola de pensamento “Nina Rodrigues” na Medicina Legal, realizou investigações etnográficas afro-brasileiras e análises sociais das relações entre raça, ciência e República Velha. (MAIO, 1995). Ele publicou artigos em revistas nacionais e internacionais. As publicações nacionais: *Gazeta Médica da Bahia*, *A Revista Médica de São Paulo*, a *Revista de Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia*, *Revista Médico-Legal*, *Jornal do Commercio*. A partir de 1897, este autor publica em revistas internacionais: *Annales Médico-Psychologiques* (França), *Annales D’Hygiene Publique et de Médecine Legale* (França), *Archives D’Antropologie Criminelle* (França), *Archivos de Criminologia, Medicina Legal Y Psiquiatria* (Argentina). O livro *O Animismo Fetichista dos Negros Baianos* (França). Em 1901, publicou o livro *Alienado no Direito Civil Brasileiro*. (MAIO, 1995; CORREIA, 2005; AUGUSTO & ORTEGA, 2011). Nina Rodrigues inicialmente trabalhou com temas clínicos condizentes da realidade brasileira: *Das Amiotrofias de Origem Periférica* (doutoramento), *Higiene Pública* (regime alimentar da população maranhense), *lepra* (hansen), *epidemias* (abasia coreiforme, influenza, beribéri, febre amarela, loucura epidêmica de Canudos). Associada as questões legais tem-se: *As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil* (1894), *O Alienado no Direito Civil* (1901), *Os mestiços brasileiros como parte da coletânea organizada pelo discípulo Afrânio Peixoto*, *As Coletividades Anormais* (1939), entre outros artigos internacionais.

Incansavelmente, em 1895, Nina Rodrigues sugeriu que a Sociedade Médico-Legal da Bahia propusesse à Assembleia Legislativa do Estado a criação de um serviço médico-legal estatal, mas a aprovação resultante não se condicionou à execução imediata. Contudo, o autor persistiu nas alianças com o aparato jurídico-policial, visando principalmente ao ensino prático da disciplina (MAIO, 1994,1995). Nina

Rodrigues criou o primeiro curso de aperfeiçoamento médico-legal na Faculdade de Medicina em 1917, em conjunto com Diógenes Sampaio, Leitão da Cunha e Nascimento Silva. Em 1932, o curso foi retomado por Fernando Magalhães, Leonídio Ribeiro, Miguel Sales, Antenor Costa, Leitão da Cunha, Afrânio Peixoto e Heitor Carrilho. Parece demonstrativo de que os primeiros peritos psiquiatras forenses obtiveram uma primeira formação dentro da perícia médico-legal, herdando propósitos e filosofias profissionais da área afim.

A publicação do livro *As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil* reflete a conversão total de Rodrigues (1894) às questões da Medicina Legal da época de acordo com a influência da Antropologia Criminal do século XIX, de matriz Lombrosiana.

O longo percurso acadêmico desse autor é apresentado por Afrânio Peixoto na introdução da publicação. As dedicações introdutórias refletem as eleições teórico-práticas do autor: Lombroso (Turin-Itália), Ferri (Pisa – Itália) e Garofalo (Nápoles-Itália) da Escola Criminalista Italiana e a Lacassagne da Escola Médico-Legal (Lyon-França) e Dr. Core (Brest-França. Citado como “Médico legista de climas quentes”). O debate das concepções desses autores foi instaurado no período pós-abolicionista e republicano, momento de difícil incorporação de amplos segmentos sociais (escravos, imigrantes) ao mercado de trabalho e na política republicana.

Conforme Augusto & Ortega (2011:226),

(...) na Europa, a Escola Positiva da Criminologia veio cem anos depois da conquista de direitos civis pelo reconhecimento das liberdades e igualdades, no Brasil, a reivindicação pela Escola Científica-Liberal veio simultânea às reivindicações pela efetivação das garantias básicas, como a liberdade de consciência. Não é de se estranhar, pois, que o primeiro Código Criminal da República, apesar de datar de 1890, tenha incorporado pouco da doutrina Positiva, sendo mais fiel à Escola Clássica. Era necessário, primeiro implementar o novo Estado e, paulatinamente, aprender a lidar com a nova estrutura para, depois, avaliar a conveniência das teorias de Lombroso, Ferri e Garofalo, cuja resistência já era manifestada por muitos.

Nesse livro, Rodrigues (1894) faz críticas pontuais à legislação penal do Império e da República brasileira e apresenta observações positivas (no sentido de científicas) das raças brasileiras (negros, índios e mestiços), elucidadoras da “incapacidade” orgânica e cerebral para atender as exigências sociais pela concepção vigente de superioridade da raça ariana (branca). Cada indivíduo teria o seu ritmo de evolução, do mesmo modo que os povos teriam evoluções mentais diferenciadas. Entretanto, as leis jurídicas se pautariam ainda em especulações “metafísicas da filosofia espiritualista”, segundo Rodrigues.

A centralidade dessas especulações é a discussão da aplicabilidade igualitária da concepção de livre-arbítrio no Código Penal de 1830<sup>99</sup>, a base do critério da responsabilidade penal no Brasil. Para Rodrigues (1894), as concepções utilizadas na Criminologia Clássica (bem/mal, justo/injusto, direito/dever) são resultados de elaborações psíquicas complexas, produto de avanços evolutivos da humanidade. Ele realiza incursões sobre aspectos antropológicos das raças brasileiras, analisa crânios para identificação de “criminosos natos”<sup>100</sup> através da apreciação dos estigmas físicos (anatômicos), condição mais importante para diferenciação dos homens criminosos normais<sup>101</sup>. Para o Direito Clássico, a concepção liberal prevalece, o homem tem vontade, consciência livre e soberana, resulta numa fronteira tênue entre o criminoso e o não criminoso, a opção “egoísta” (antagônico ao altruísmo) do criminoso gera a necessidade de punição. No Direito Positivo, o homem é reflexo dos meios biológicos e sociais singulares, logo, o ato delituoso faz parte do destino biológico ou social, resultando em impulsos anormais contra a sociedade, a indicação era de identificação e

---

<sup>99</sup> O Código Penal de 1830 é a primeira regulamentação jurídica após a Proclamação da Independência do Brasil que substitui as Ordenações Portuguesas do Império.

<sup>100</sup> Criminoso nato – termo lombrosiano que afirma uma tendência biológica ao crime, marcada pelos estigmas físicos principalmente.

<sup>101</sup> O atavismo parte do princípio que o homem evolui em direção a um subjetivismo crescente em direção à subordinação ao meio. A permanência no egocentrismo infantil era uma regressão presente dos degenerados, comparável ao louco ou criminoso (PORTO CARRERO, 2002; CARRARA, 1998).

tratamento que resultariam na cura ou segregação perpétua do indivíduo (Fry & Carrara, 2007).

Ressalte-se também que a revisão do Código penal de 1830, por Tobias Barreto, concilia o impossível em ecletismo que contempla o determinismo e o livre-arbítrio, particularmente no caso da menoridade e da loucura. Por receio de uma inimputabilidade ou semi-inimputabilidade geral, optou-se por um livre-arbítrio relativo, parcial que atenua a responsabilidade ou configura a inimputabilidade, resultando na absolvição do criminoso, o encaminhamento ao asilo para tratamento (no caso do louco) e o risco do benefício da impunidade. Curiosamente, trata-se de um dos temores ainda observados nos âmbitos da Justiça e da Psiquiatria contemporaneamente, principalmente na experimentação de novas experiências judiciárias aplicadas aos inimputáveis; ou seja, na prática, mesmo considerado inimputável, o sujeito precisa de algum tipo de punição na qual a internação personifica a oportunidade de redenção da culpa na sociedade.

Segundo Rodrigues, a própria concepção de crime equivale a um indício de loucura para os “*pathologos do crime*”. Em reflexão à posição determinista vigente, o autor acrescenta uma visão relativista, discute o crime como conceito relativo dependente das determinações sócio-históricas. Os exemplos comparativos referidos são antropológicamente significativos à realidade brasileira: o da preguiça e o do homicídio. A vadiagem (preguiça) era passível de reclusão institucional (asilo, prisão) na República. Contudo, no passado não era crime tipificado porque o trabalho era considerado degradante na sociedade, delegado aos escravos. Outro exemplo dado, o homicídio, era permitido desde que não envolvesse membros da mesma tribo; do contrário, era punido na própria comunidade.

A tutela do criminoso passou a ser disputada pela Medicina e a Justiça, principalmente, a partir dos “crimes sem razão”. A partir das monomanias, a Psiquiatria parece ter adentrado nessa seara à medida que reduz a importância das medições e, por conseguinte, da antropometria na Medicina Legal. Desde o século XIX, a Psiquiatria se constitui com uma parte bastante significativa dos aparatos conceituais baseados nos princípios biológicos, com muitas interseções firmadas na Medicina Legal. No século XX, há uma psiquiatrização crescente do exame médico-legal, entrando em destaque o psiquiatra-perito<sup>102</sup>. Não que a Medicina Legal deixe de fazer medições ou intervenções técnico-científicas na área jurídica, mas não possuirá mais a relevância do passado nos casos de crime e loucura. O elo se rompe, o diagnóstico e o tratamento do louco ficarão restritos à Psiquiatria Forense. Conforme Augusto & Ortega, 2011: 224

A partir da generalização das patologias mentais, com um certo número de “doenças” comportamentais – principalmente, a partir das teorias do atavismo e da degeneração – a figura do médico-perito se tornou indispensável tanto para proceder ao diagnóstico do louco (fosse o louco moral, o degenerado, o alienado, etc.), como para o tratamento mais humanizado e mais adequado no que tange à resposta penal correta e suficiente para quem realizou o fato definido em lei como crime.

A Medicina-Legal abandonou o campo da controvérsia dos loucos criminosos, mas permanecerá vinculada à Justiça no que tange as necessidades de esclarecimentos legais, com atribuições específicas vinculadas a sua origem de procedimentos periciais, principalmente, a técnica de identificação civil e criminal (impressões digitais e atualmente, os testes de DNA) e os *post-mortem* (causas de ferimentos ou mortes). Todavia, não mais restrita aos estratos sociais desfavorecidos (negros, indigentes, ex-escravos). Enquanto que a Psiquiatria Forense se legitima ao campo vinculando-se

---

<sup>102</sup>Inclusive, a inclusão do diretor (psiquiatra forense Heitor Carrilho) do Manicômio Judiciário é legitimada formalmente no Decreto nº16.670 de 17 de novembro de 1924 que define setores, cargos, atribuições e regulações da perícia médico-legal e determina a composição dos membros: médicos legistas, professores da Faculdade de Medicina Pública e Direito, alienistas e o diretor do Manicômio Judiciário.

fortemente aos setores jurídicos como único capaz de reunir as funções de avaliar e tratar dos loucos, criminosos e degenerados.

### 1.5.2. FRANCISCO FRANCO DA ROCHA E A PSIQUIATRIA FORENSE

Em 1904, Franco da Rocha<sup>103</sup> publica o livro *Esboços da Psiquiatria Forense*<sup>104</sup> (tese de doutoramento do autor) e em 1911, a reportagem *Os alienados perigosos e o código penal*<sup>105</sup>, escritos realizados a partir de suas experiências no Hospício de Alienados de São Paulo (Juquery) em São Paulo<sup>106</sup>. Segundo Almeida (2008), apesar do termo Psiquiatria Forense ser citado pela primeira vez, esse autor não se considera precursor dessa disciplina no Brasil. Entretanto, o “esboço” da Psiquiatria Forense parece seguir uma linha de raciocínio bastante contemporânea na área.

Na publicação *Esboços da Psiquiatria Forense*, Franco da Rocha debate partes do Código Penal Brasileiro de 1890<sup>107</sup>, defendendo a necessidade de perícia médica para aferição da responsabilidade penal, a fim de legitimar as decisões judiciais quanto à

---

<sup>103</sup> Francisco Franco da Rocha (1864-1933) – Paulista, formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, orientado por Teixeira Brandão. Dirigiu o Hospício de Alienados de São Paulo de 1898 a 1923 (denominado posteriormente de Juquery). Foi o primeiro professor de Neuropsiquiatria da Faculdade de Medicina de São Paulo (1918-1923) e membro fundador da Sociedade Brasileira de Psicanálise (ROCHA, 1904). Foi denominado de Pinel brasileiro, frente às mudanças institucionais do antigo hospício que estava nas mãos de religiosos, posteriormente, lutou pela construção de um hospício moderno, o Juquery (PEREIRA, 2003).

<sup>104</sup> ROCHA, F.F. *Esboço de psiquiatria forense*. São Paulo: Typ. Laemmert, 1904. A data de publicação da obra consta como 1904, contudo, no prefácio parece indicar a publicação em 1905. Para Pereira (2003), o referido livro foi publicado em 1905 e dirigido ao público não especialista.

<sup>105</sup> ROCHA, F.F. da. *Os alienados perigosos e o código penal*. O Estado de São Paulo. São Paulo, 27 de Fev. 1911; ROCHA, F.F. *Os alienados perigosos e o código penal*. O Estado de São Paulo. São Paulo, 15 de Dez. 1911 (RIBEIRO, 2010); ROCHA, F.F. da. *Os alienados perigosos e o código penal*. Revista Médica de São Paulo. São Paulo: Ano XIV, nº 23, p. 437-440, dez.1911;

<sup>106</sup> Rocha escreveu artigos para jornais paulistas de renome na época, os assuntos versavam à alienação e a higiene mental. Estes visavam divulgar as ideias psiquiátricas modernas ao público leigo, inculcar uma campanha contra os vícios na sociedade (álcool, excessos, etc.). É considerada uma escrita militante, de convencimento do leitor (PEREIRA, 2003).

<sup>107</sup> O Código Penal de 1890 foi promulgado pelo Decreto de Governo Provisório, sob o n. 847, de 11 de outubro de 1890, entrou em vigor no ano de 1891, Decreto 1.127, de 6 de dezembro de 1890 com prazo de seus meses para execução no território nacional (art.411, CP).



inimputabilidade penal. As influências do Positivismo Comteano<sup>108</sup>, da Antropologia Criminal de Lombroso e da corrente francesa da psiquiatria marcam o ideário do texto.

Conforme França (2003):

Militante da modernização, leitor assíduo em pelo menos seis línguas, estudioso das “letras mortas” e conhecedor dos alienistas clássicos de sua época como Féré, Magnan, Legrain, Krafft-Ebing, Schüle, Lombroso, Morselli, Maudsley e Kraepelin, Franco da Rocha faz um caminho próprio que, sem aderir cegamente a nenhuma escola em especial, mostra uma preferência nítida pela escola moreliana e seus desdobramentos: Magnan e a teoria da degeneração e a descrição do delírio sistematizado crônico; Moreau de Tours e Féré e a possibilidade de transformação da natureza das moléstias na passagem de uma geração para outra. Simpatiza com as teorias lombrosianas de atavismo nos criminosos e todo o rol dos estigmas físicos da degeneração e estuda o delírio dos degenerados de Legrain. Na contramão de Claude Bernard e de Ribot (embora grande admirador deste último), reconhece uma diferença qualitativa entre o normal e o patológico. Por outro lado, no que diz respeito às classificações das moléstias mentais, depois de estudar as várias proposições apresentadas ao Congresso de Medicina Mental realizado em 1889, em Paris, acaba por escolher a classificação de seu mestre Teixeira Brandão (Franco da Rocha, 1895b). Esta acompanha a orientação de Schüle e Krafft-Ebing, levando em conta os fatores: causa, sintomas, evolução e lesão.

Rocha (1904) apresenta no texto a figura do “degenerado”, um intermediário entre os “loucos” e os “normais” que inclui quadros clínicos complexos e variados: histeria, epilepsia, paranoia simples, loucura moral, obsessão e impulsão, dipsomania (alcoolismo), prodigalidade (gastos excessivos que comprometam o patrimônio), perversões sexuais. Em outros textos, o autor ilustra o panorama social no qual se situam os “degenerados” como problema social que amplifica os “detritos” sociais (sic) recolhidos aos hospícios de alienados.

“A assistência aos alienados é um problema social como os outros e não escapa à mesma observação. Neste turbilhão de atividade sôfrega – no comércio, lavoura, indústria, especulações, etc.– onde vencem uns e tombam outros, não faltam os momentos propícios para a explosão da loucura. Os centros populosos, com sua agitação de progresso, têm atrativos especiais para todas as

<sup>108</sup>Auguste Comte define a lei dos três estados teóricos diferentes: o primeiro estado teológico ou fictício (apelo a divindades, ao sobrenatural para explicar o mundo), o segundo é o metafísico ou abstrato (explica o mundo através das suas próprias manifestações observáveis) e o último, o científico ou positivo (última fase, as explicações advém da ciência, considerada verdade absoluta).

variedades de degenerados. Entre os sonhadores que buscam terras estranhas e fecundas para lá desenvolverem a própria atividade, muitos são bem dotados pela natureza; [...] Outros, para os quais a natureza foi madrasta, só trazem os ideais; falta-lhes o resto, o essencial. São os desequilibrados que concorrem com boa parte para o povoamento dos hospícios” (Franco da Rocha, 1912)<sup>109</sup>.

“Entre os imigrantes abundam os desequilibrados, sonhadores de riquezas, que imaginam, com os olhos na América, um infinito de prosperidade e fortuna. Aqui chegados, vendo em pouco tempo desfeitas as suas ilusões, esbarrando com a dura realidade da luta pela vida, longe da terra onde nasceram, oprimidos pela saudade, recorrendo ao álcool como consolo, lá vão, caminho do Hospício, aumentar **os detritos** [grifo meu] da sociedade recolhidos àquela casa” (Franco da Rocha, 1901)<sup>110</sup>.

Distingue a “alienação mental” da “loucura”, a primeira como uma perturbação (temporária) ou anomalia (perpétua) das relações normais entre indivíduo e meio<sup>111</sup>, e a loucura<sup>112</sup> se vincula ao regresso à fase teológica de Augusto Comte, justificada pelos conteúdos dos delírios. A relação entre alienados e criminosos se estreita pela penetração do ideário da Antropologia Criminal de Lombroso nos pressupostos do Direito Penal e da emergente Psiquiatria Forense brasileira, tornando-se um ramo comum de estudo para ambos os saberes, o Direito e a Psiquiatria.

Para Rocha (1904), a esfera da Psiquiatria Forense se trata da determinação se há estado mórbido cerebral em casos de suspeita do magistrado de insanidade mental (não era prevista como regra, mas casos excepcionais de dúvida) para melhor aplicar os códigos penais em nome da defesa da sociedade (e não da punição) dos atos insanos.

Outro ponto relevante no artigo acima citado é a comparação da lei brasileira e a inglesa na condução dos casos de crime e loucura. No Código Penal Brasileiro de 1890, o artigo 17 estabelece os casos de inimputabilidade (imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil, completa privação de sentidos ou inteligência, e os surdos-

<sup>109</sup> FRANCO, R. Hospício e colônias de Juquery – vinte anos de assistência aos alienados em São Paulo. São Paulo: s/e, 1912.

<sup>110</sup> FRANCO, R. Estatística e apontamentos, VIII Folheto da série. São Paulo: Thypographia do Diario Official, 1901. Meu grifo destaca a terminologia utilizada pelo autor, literalmente, a população a ser descartada pela sociedade.

<sup>111</sup> Esclarece que apesar de vaga ou indefinida, a definição trata de relações prejudiciais ao próprio indivíduo ou ao meio social.

<sup>112</sup> A loucura vincula atos estranhos e crenças culturais, um ato pode ser considerado louco num país e em outro não, assim, Franco da Rocha inaugura uma Psiquiatria comparada no país.

mudos sem discernimento), e o artigo 29 prevê que os loucos criminosos sejam entregues à família, ou recolhidos ao hospital de alienados. Na Lei Inglesa (Act to Amend the Law respecting the Trial and Custody of Persons charged with offenses – de 25 de agosto de 1883), (ROCHA,1904:155),

Reconhecido o crime e a irresponsabilidade do delinqüente por insanidade mental, o Tribunal (the Court) mandará pôr o acusado em segurança, à disposição de sua Majestade “till Her Magesty’s pleasure shall-be know”. Se por acaso o criminoso for posto em liberdade sob certas condições, ainda assim ficará sujeito a voltar de novo à prisão, desde que as condições não tenham sido satisfeitas. Isto, porém, é raríssimo; a frase “till Her Magesty’s pleasure” já é conhecida como condenação perpétua. O júri, neste caso, não serve para isentar um criminoso e deixá-lo de novo no seio da sociedade, como um perigo; pronuncia o seu veredicto – “guilty, but insane”, e o juiz sabe o que deve fazer.

Em nome da defesa da sociedade, como regra, o inimputável é julgado pela sua “temibilidade” no convívio em sociedade. Se o inimputável cometeu um crime é considerado criminoso e é posto em “lugar seguro” (o hospício) numa condenação perpétua; a liberdade nesses casos é exceção na Inglaterra de 1883. Nesse país, a partir da internação, o paciente é submetido ao exame pericial a cada 5-6 meses até a verificação do transtorno para decisão da continuidade da internação, pelo perigo iminente ou de sua liberação. O artigo acrescenta os quesitos do juiz a serem respondidos pelo psiquiatra: 1) Se o acusado é criminoso e 2) Passível de punição legal (verificação da responsabilidade penal).

No Código Penal Brasileiro de 1890, no art.27 e no art.29 não são criminosos (ROCHA, 1904:155):

§3º Os que por imbecilidade nativa, ou enfraquecimento senil, forem absolutamente incapazes de imputação;

§4º Os que se acharem em estado de completa privação de sentidos e de inteligência no ato de cometer o crime;

§7º Os surdos-mudos de nascimento, que não tiverem recebido educação nem instrução, salvo provando-se que obraram com discernimento.

Artigo 29 – Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues às suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado assim exigir para segurança do público.

Rocha chamou atenção da inadequação dos termos utilizados na lei brasileira que ora amplia o espectro dos afetados, ora absolve culpados: a “imbecilidade nativa” que cobriria grande parte dos criminosos alienados; o “surdo-mudo” sem instrução educacional estaria pareado aos “idiotas” e “imbecis”; “alienados de todo gênero”. Essas definições amplas davam margem às interpretações “psicológicas” inadequadas; a completa privação dos sentidos e da inteligência só ocorre no estado comatoso, disso decorre a impropriedade da frase. Logo, o autor sugeriu a substituição de vários termos: “enfraquecimento senil” por “demência senil”, o termo “louco” por “alienado”, “privação” por “perturbação”. Em síntese, ele demonstrou que o emprego da terminologia psiquiátrica restringiria os quadros ilustrados judicialmente e tornaria mais precisa a Lei em questão.

Criticou também o artigo 42, §10º que dá como circunstância atenuante o crime o estado de embriaguez incompleta, diferenciado da dipsomania (alcoolismo). Neste, há a equivalência do crime entre um indivíduo que “prestou bons serviços à sociedade” e o “bêbado comum”. Acrescentou que o artigo é um incentivo para o abuso de álcool, um vício condenável na época, e sugeriu a supressão do artigo 42, §10º na legislação.

Neste artigo, o autor estabelece o diálogo entre o alienismo e o judiciário brasileiro, produzindo nominalmente um novo campo [a Psiquiatria Forense] que demonstra as contribuições da Psiquiatria às mudanças legislativas, proporcionando novos encaminhamentos de questões em confluência da área do Direito Penal, e demonstrando a relevância da inclusão do alienista nas discussões jurídicas, antes pertencente exclusivamente à Corte e ao Juiz.

Nos itens anteriores do capítulo 1, esboçaram-se os princípios eugênicos, positivistas e os mecanismos estatais que produziram as condições de possibilidade da interlocução discursiva entre saberes médicos-psiquiátricos e o Direito Penal em torno do louco criminoso no Brasil. As matrizes comuns da Medicina Pública (Medicina-Legal e Higiene) encontra terreno fértil para intervenções na população, especializando-se cada vez mais, desdobram-se nas áreas de Saúde Pública, Medicina-Legal e Psiquiatria Forense, entre os campos de interesse de pesquisa.

Nina Rodrigues e Franco da Rocha preparam uma linha de raciocínio médico na discussão jurídica dos Códigos Penais. Lembrando que o Código Penal de 1830 substituiu as Ordenações Portuguesas, posterior ao advento da Independência do Brasil, e o Código Penal de 1890 recebeu inúmeras modificações, principalmente após a Abolição da Escravatura a partir das mobilizações revolucionárias do período<sup>113</sup>, eventos históricos que não serão objeto de atenção nesse trabalho.

### 1.5.3. HEITOR PEREIRA CARRILHO E O MANICÔMIO JUDICIÁRIO

O médico Heitor Pereira Carrilho (1890-1954) formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no início da década de 1910. Realizou internato de curso de medicina no Hospício de Pedro II, depois de sua formatura em 1910, chefiou a Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados. O Heitor Carrilho foi herdeiro e interlocutor nesse cenário discursivo entre saberes psiquiátricos e jurídicos formulados durante o período Republicano Brasileiro, evidenciado durante a formação e engajamentos profissionais desde a chefia da Seção Lombroso até a fundação do

---

<sup>113</sup> Posterior a esse período, em 1932 ocorreu a consolidação das leis penais e por fim, o Código Penal de 1940 que se manteve na sua essência em relação ao inimputável, salvo alterações a partir de Decreto-Lei militar n.º 1.004 de 21 de outubro de 1969. Em relação aos imputáveis, o Código Penal modifica-se continuamente com tendência ao encrudescimento da política criminal.

primeiro Manicômio Judiciário da América Latina em 1921, assumindo a frente dos projetos até a sua morte em 1954. Em 1930, associado ao Juliano Moreira fundou os Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro publicado semestralmente de 1930 a 1960. Assumiu a cadeira de psiquiatria na Faculdade Fluminense de Medicina e a disciplina Psicopatologia Forense na Faculdade de Ciências Médicas e na universidade do Rio de Janeiro. Foi participante ativo da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal fundada em 1907. Atuou no Conselho Penitenciário do Distrito Federal e participou da 14ª Subcomissão Legislativa do Governo Provisório no ano de 1931. Participou da Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923 por iniciativa de Gustavo Riedel (AMARANTE et.al, 2004). Pioneiro no tratamento sistemático dos alienados “delinquentes” publicou um artigo sobre um caso de furor epiléptico, o estado de estreitamento da consciência denominado de “estado crepuscular” decorrente da crise epilética com automatismo motor e a agressividade extrema, sem lembrança posterior do ato.



FIGURA 10. BUSTO DO HEITOR CARRILHO

As matrizes comuns de difusão nacional e internacional desse pensamento médico-psiquiátrico, segundo o levantamento iniciado na tese, congregam-se nos periódicos *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciências Affins*<sup>114</sup> produzida por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto em 1905, uma publicação trimestral (bimestral em 1915-1919; trimestral em 1920-1928; bimestral em 1929) impressa no Hospício Nacional de Alienados e nos Arquivos do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro publicado semestralmente de 1930 a 1960. Contudo, essas publicações não serão alvos de discussão na tese em função do recorte principal, a desinstitucionalização do louco criminoso no HCTP Heitor Carrilho.

É inconcebível refletir sobre a constituição do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro sem apontar o início do recolhimento dos pobres em geral da cidade do Rio de Janeiro no Império, dos loucos pobres nas cidades da República em prisões e outros estabelecimentos<sup>115</sup> e, posteriormente, em alas especiais, os loucos criminosos na Seção Lombroso no Hospício Nacional de Alienados, dirigida por Heitor Carrilho na segunda década do século XX<sup>116</sup>. Esses fatos contextuais reúnem uma conjuntura sócio-histórica sensibilizada, propícia acolher a demanda médico-jurídica por um lugar específico para os loucos criminosos numa formação de compromisso que reconcilia oposições político-filosóficas a partir de sucessivos acontecimentos sociais precipitadores.

---

<sup>114</sup> Desde sua criação em 1905 até a aposentadoria de Juliano Moreira da direção do Hospital Nacional de Alienados em 1930, teve o nome modificado algumas vezes. Surgiu em 1905, com o nome de *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciências Affins*. No ano seguinte à criação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal em 1907, a revista modificou a denominação para *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*, deixa de lado as “*Sciencias Affins*”. Posteriormente, em 1919, altera o nome para *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria*, campos mais restritos em relação ao exterior. A Medicina-Legal deixa de figurar no título da revista (mas ainda contribui com artigos) e o termo Neurologia transforma-se em Neuriatria para reforçar a identificação com o campo médico, ou mais especificamente, a psiquiatria. Essa restrição “denota o início da separação entre os campos da medicina e do alienismo francês, da psicologia, processo reforçado pela divulgação das teorias psicanalíticas” (FACCHINETTI, C. *et al.*, 2010:3).

<sup>115</sup> Decreto n. 1.132 de 22 de Dezembro de 1903, artigo 1º determina que, “o indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”.

<sup>116</sup> Decreto n. 1.132 de 22 de dezembro de 1903, artigo 11, “enquanto não possuírem os Estados manicômios criminais, os alienados delinquentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos, nos pavilhões que especialmente se lhes reservem”.

O primeiro acontecimento ocorreu em 1919, o assassinato da esposa de um senador da República, a Clarice Índio do Brasil, uma celebridade na sociedade carioca. Este fato desencadeia o encaminhamento a votação no congresso pelo Governo Federal a proposta da fundação do estabelecimento especial ainda em 1919. O segundo fato que agregou a urgência da construção foi uma rebelião em 27 de janeiro de 1920 na Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados onde, segundo os jornais, “estariam internados quarenta e um loucos, gente perigosa, sempre com intuito do mal” (CARRARA, 1998:193). Este fato repercutiu na mídia frente aos resultados de destruição da infraestrutura hospitalar, agressões aos funcionários e mobilização da Brigada Policial e dos responsáveis do Hospício e da Seção Lombroso, respectivamente, Juliano Moreira e Heitor Carrilho. O pronunciamento de Juliano Moreira em dois jornais sobre a rebelião ilustra bem a sua posição em campanha pró-construção, ao afirmar que em países mais cultos não se alojam loucos e criminosos no mesmo espaço; e justifica que os revoltosos por não se julgarem loucos, descontentam-se com o sequestro da liberdade e a colocação em hospício, ou seja, a Seção Lombroso destoa do lugar que a abriga. Estava dado o último passo fundamental para o triunfo da demanda de construção do primeiro manicômio judiciário: Juliano Moreira profere o atraso do país no lide dos loucos criminosos e lança o desafio da modernização das instituições repressivas e os métodos disciplinadores da estrutura estatal. Lugar de louco criminoso não é no hospício, mas manicômio judiciário. Por sua vez, o chefe da Seção Lombroso Heitor Carrilho (1920, p.133) aspirava que “os indivíduos de que nos ocupemos (degenerados ou anômalos morais) sejam assistidos em estabelecimento repressivo, casa de saúde e órgão de profilaxia do crime”, a ambiguidade da instituição idealizada torna-se aparente no discurso com a previsibilidade do misto de hospital-prisão



(estabelecimento repressivo e casa de saúde) e a influência eugênica presente na proposta (equivale o crime a uma patologia a ser prevenida).

Em 21 de abril de 1920, há o lançamento da pedra fundamental para a construção do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (MJRJ) nos fundos da Casa de Correção da Corte inaugurado em 30 de maio de 1921<sup>117</sup>, com as dimensões iniciais de 21,5m X 29,20m, terreno doado pela família de Heitor Pereira Carrilho, cedido em 1978 da propriedade da União para o Estado do Rio de Janeiro durante o governo Geisel<sup>118</sup>. A instauração desse novo espaço representou uma vitória dos campos envolvidos no debate sobre os loucos criminosos: a psiquiatria, o judiciário, os aliados políticos e a imprensa.

O acervo digital da Escola de Gestão Penitenciária auxilia na recomposição dos investimentos e da pretensão do Heitor Carrilho no planejamento e execução das obras do MJRJ, apesar de não conter datas. O terreno doado pela família do Heitor Carrilho para a construção do MJRJ (figura 8) foi cedido da União para o Estado do Rio de Janeiro no dia 24 de setembro de 1978, conforme artigo 1º e artigo 3º do Diário Oficial (Seção I – Parte I), de setembro de 1978.

Art.1º - É autorizada a cessão, sob a forma de utilização gratuita, ao Estado do Rio de Janeiro do imóvel de propriedade da União, situado na Rua Frei Caneca n.401, na Cidade do Rio de Janeiro, no qual funciona o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho<sup>119</sup>.

Art. 3º - A cessão tornar-se-à nula, independentemente de ato especial, sem direito de cessão a qualquer indenização, inclusive por benfeitorias realizadas, se ao imóvel, no todo ou em parte, vier a ser dada destinação diversa da indicada no artigo 1º desta lei ou ainda, se ocorrer inadimplemento de cláusula do contrato de cessão.

---

<sup>117</sup> Decreto n.14.831, de 25 de maio de 1921 - Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário.

<sup>118</sup> Diário Oficial de 26 de setembro de 1978, Seção I – Parte I.

<sup>119</sup> O Decreto n. 37.990, de 27 de setembro de 1955 – Dá denominação de Heitor Carrilho ao Manicômio Judiciário, do serviço Nacional de Doenças Mentais, em homenagem ao diretor falecido em 1954, diretor desde a abertura do MJRJ até o seu falecimento.

A maquete do MJRJ em construção apresenta um arrojado plano de um prédio de aparência hospitalar moderna de vários andares, em torno de 12 andares (figura 9, s/d), com projeção para o crescimento das internações devido às dimensões planejadas idealmente, não concretizada<sup>120</sup>. Em 1924, já havia um projeto de ampliação dos pavilhões do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. Entretanto, a proposta só se tornou realidade no final da década de 1960. Um croqui do Arquivo Nacional apresenta a planta do Pavilhão de Administração do MJRJ em 1924 (figura 14), concretizada posteriormente, conforme literatura e em função da comparação entre a portaria antiga no estilo prisional (figura 15, s/d) e a atual portaria igualmente prisional (figura 16, 2012).



Figura 11. Terreno doado pela família Heitor Carrilho, s/d. Fonte: Acervo Digital da Escola de Gestão Penitenciária. Centro de Estudos e Pesquisa. Cessão oficial em 26 de setembro de 1978.

---

<sup>120</sup> O prédio dos alojamento masculino do Manicômio Judiciário se assemelha ao prédio planejado. Contudo, possui três andares, sendo o primeiro, o andar térreo.



Figura 12. Uma visão do futuro – Maquete do Manicômio Judiciário em construção.  
Arrojado Plano de Heitor Carrilho, s/d. Fonte: Acervo Digital da Escola de Gestão Penitenciária.



FIGURA 13. Pavilhão Técnico-pericial do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho – “Anexo” ao Instituto de Perícias Heitor Carrilho. 2016

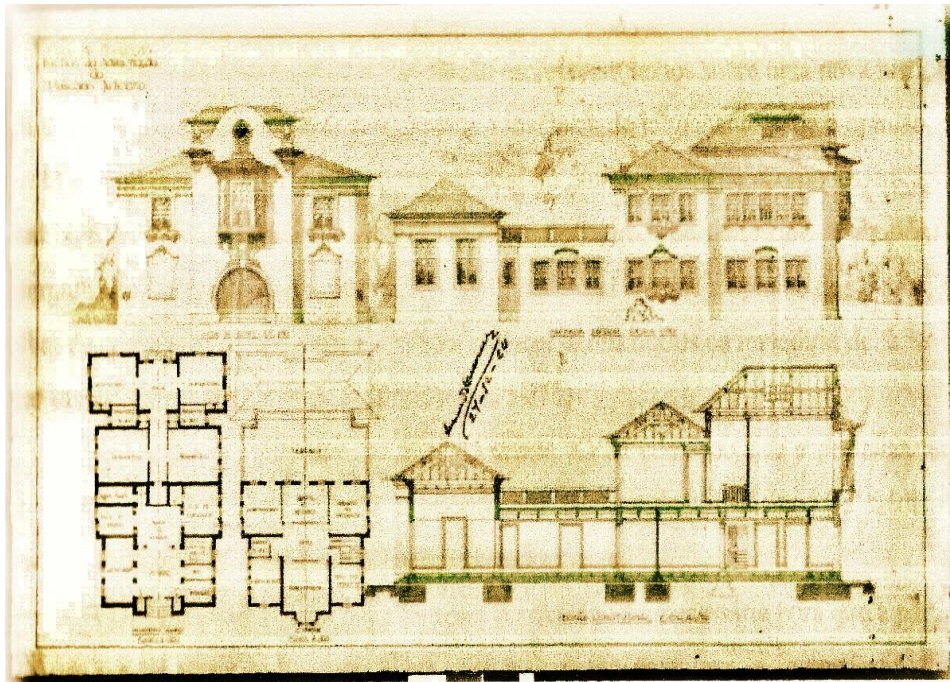


Figura 14. Planta do Pavilhão de Administração do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro em 1924. Fonte: Arquivo Nacional. In: FIQUEIRA, S. de A. O olhar inverso – As relações de poder no Complexo de prisões da rua Frei Caneca. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Memória Social – UNIRIO, 2012.



Figura 15. Portaria do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. s/d.

Fonte: Acervo Digital da Escola de Gestão Penitenciária.



Figura 16. Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho, atual Instituto de Perícias Heitor Carrilho. 2016.

Após a rebelião na Seção Lombroso do Hospício Nacional de Alienados, dos 41 pacientes indicados pela imprensa na reportagem, apenas 16 foram removidos para a Casa de Detenção<sup>121</sup> (CARRARA, 1998), e não há indicações do local de permanência dos demais (CARRARA, 1998; ENGEL, 1998; MACIEL, 1999). Os primeiros 12 pacientes do contingente do MJRJ foram da Seção Lombroso, escolhidos em função da menor probabilidade de risco de fuga, devido às características estruturais da nova instituição. Em oito meses, acresceu à população existente, 14 pacientes do Hospício Nacional de Alienados, oito da Casa de Detenção e um da Casa de Correção, classificados de homicidas na sua maioria, além de estelionatários, vadios e pederastas. No decorrer da década, a população internada se diversificou e ingressaram os alcoolistas com diagnóstico associado à esquizofrenia e à psicose maníaco-depressiva. Todavia, ressalta-se a associação entre os indivíduos processados por vadiagem a serem submetidos ao exame mental no Manicômio Judiciário.

Dos 37 indivíduos recolhidos ao Manicômio Judiciário em 1923, 11 eram acusados de contravenção de vadiagem e receberam os seguintes diagnósticos: alcoolismo (três), debilidade mental (três), epilepsia (dois), parafrenia (um), psicose maníaco-depressiva (um), imbecilidade (um). Dos 17 indivíduos internados na instituição em 1924, três eram acusados de contravenção de vadiagem, dois dos quais foram diagnosticados como débeis mentais e o outro como portador de sífilis cerebral (Relatórios do diretor do Serviço de Assistência a Alienados enviados ao ministro da Justiça, 1922, p. 92; 1924, p. 135; 1925, p. 130, apud ENGEL, 1998).

Nesse período de 1920, a terminologia do Código Civil apresentava a terminologia “loucos de todo gênero” nos artigos 5 e 446 que, pela abrangência, incluía uma multiplicidade de desviantes oriundos dos estratos empobrecidos da sociedade. No ano seguinte, o Brasil é obrigado a cumprir compromissos internacionais e promulgar a

---

<sup>121</sup> A Casa de Correção do Rio de Janeiro ou da Corte foi criada em 6 de julho de 1850 pelo decreto n. 678, com objetivo de ser a prisão modelo do Império, onde se executaria a prisão com trabalho. A Casa de Detenção da Corte foi estabelecida provisoriamente nas instalações da Casa de Detenção, pelo decreto n.1.774, de 2 de julho de 1856 (BRASIL, 1836 apud PESSOA).

primeira lei sobre drogas no país com o Decreto n. 4.294, sancionada pelo presidente Epitácio Pessoa em 06/07/1921. Estabeleciam-se penalidades aos contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; criavam-se também a internação para intoxicados por álcool e outras substâncias no estabelecimento especial para “psicopatas”, fato explicativo da presença maciça de dependentes químicos no Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, nem sempre consensual na inclusão do contingente dessa instituição.

Para Heitor Carrilho (1951), o manicômio judiciário não deveria receber qualquer categoria de alienados criminosos: preconizava a separação entre psicopatas e alienados em “função dos delírios, de alucinações, de excitações, de impulsões irresistíveis, de retardamento e de déficits intelectuais francos”, projeto não efetivado no Rio de Janeiro (CARRARA, 1998:187). A essa categoria, denominada de “personalidades psicóticas” ou “psicopatas”, explicita a noção médica de “anormal”, englobando todos os degenerados (sifilíticos, epiléticos e alcoólatras), além dos estados mórbidos congênitos da nomenclatura de Kraepelin: nervosidade e psicopatia dos irritáveis, instáveis, instintivos, disputadores, mentirosos e fraudadores, antissociais, tocados, exaltados, fanáticos.

No campo judiciário, Carrilho (1930:160) justifica a intervenção de médicos e psiquiatras no âmbito do Direito Penal a partir dos conhecimentos bioantropológicos e de psicologia que possibilitam “penetrar toda personalidade dos delinquentes, exumando-lhes as diferentes taras, definindo-lhes feitiço mental, demonstrando a fatalidade biológica que os levou à prática de reações antissociais”. Novas regulações legais legitimam a hegemonia médica para internação no MJRJ a partir do exame de sanidade mental pelo psiquiatra, no Decreto n. 14.831 de 25 de maio de 1921, cinco dias antes da data de inauguração institucional. Contudo, até 1923, os exames eram

assinados por Heitor Carrilho e um médico-legista da polícia. Posteriormente, somente o médico psiquiatra obtém o aval da internação, fato demonstrativo da supremacia da Psiquiatria no Judiciário. A avaliação psiquiátrica dos casos no Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro não tinha prazo estabelecido por lei, na prática era de 15 a 25 dias, mas poderia chegar a dois meses. Segundo Carrilho (1944), a vantagem de diagnosticar nos manicômios judiciários era a de recolher elementos da formação anormal, as tendências antissociais, inclinações maléficas e as reações da personalidade de forma mais precisa, de modo a definir a periculosidade atual ou potencial, o principal fundamento da internação e defesa social. Associado ao fato, o Código Penal de 1940 implanta novas categorizações penais antes inexistentes, a “periculosidade” e a “medida de segurança” detentiva para “psicopatas” que delinquirem. É o denominado duplo binário, uma parte da privação de liberdade é cumprida em prisões (pena privativa de liberdade) e outra nos manicômios judiciários (medida de segurança). Nas décadas seguintes, a espacialização da internação dos psicopatas se modifica sob o aval do diagnóstico psiquiátrico, com os Hospitais de Custódia e Tratamento (HCTP) para o tratamento compulsório dos loucos, e a prisão, sem tratamento, para os psicopatas.

Ainda na década de 1920, novos Manicômios Judiciários começam a ser abertos: Maurício Cardoso - Porto Alegre (RS), em 1925; Jorge Vaz – Barbacena (MG), em 1929; e Franco da Rocha - Franco da Rocha (SP), em 1933<sup>122</sup>. Ressalta-se também o aumento de clínicas particulares de psiquiatras que clinicavam nos hospícios públicos em geral na década de 1930.

---

<sup>122</sup>Perfazem o total de 26 estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico abrangendo: Hospitais de Custódia e Tratamentos Psiquiátricos, Centros, Institutos, Unidades e Enfermarias Psiquiátricas e Alas específicas em unidades prisionais no país (DINIZ, 2011). O termo atual HCTP foi cunhado a partir da Reforma Penal de 1984, cumprindo-se as mudanças do Código Penal brasileiro nos artigos 96 e 97 e na Lei de Execução Penal no artigo 99.



Instituídos os Manicômios Judiciários para a custódia/tratamento dos loucos criminosos e constituída a nova especialização da Psiquiatria, a Forense, no século XX, o modelo institucional e a legislação pouco mudaram desde os primórdios da fundação do primeiro Manicômio Judiciário. No século XXI, haverá a possibilidade de transformações radicais nas funções institucionais dos Manicômios Judiciários ou a extinção institucional é possível? A Psiquiatria Forense se sustentará na institucionalização hegemônica do louco-criminoso como campo solitário nas suas funções tradicionais? A desconstrução antimanicomial dos paradigmas psiquiátricos proposta a partir da Lei 10.216/2001 deverá ser aplicável aos antigos Manicômios Judiciários? E qual o nível das transformações institucionais mais globais no Brasil garantiriam a desconstrução dos últimos manicômios públicos, os HCTPs? Essas são algumas das questões que norteiam a tese, principalmente a partir da cartografia de uma experiência de desinstitucionalização do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho no Rio de Janeiro. A passagem da pesquisadora pela construção do percurso da internação do louco-criminoso no Brasil foi imprescindível à compreensão dos estratagemas de um campo de difícil intervenção para a Saúde Mental, conforme será explorado no próximo capítulo da tese.

## **CAPÍTULO 2. UMA SOCIEDADE SEM HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NO SÉCULO XXI**

Enfim, se pudéssemos sugerir alguma reivindicação que não depende da aceitação de uma emenda legal, pois não pode ser atendida por decreto, seria preciso resumir tudo o que precede numa fórmula lapidar: sim, fim do manicômio, mas igualmente fim do manicômio mental, isto é, um direito à desrazão. (PETER PELBART, 1993:88)

O lema da luta antimanicomial: “Por uma sociedade sem manicômios!” independentemente de sua natureza (instituição de saúde ou da justiça penal) ou finalidade específica (tratar ou punir tratando) apontaria para a possibilidade de tratamento, sem a custódia jurídica, dos loucos criminosos. Seria uma utopia? Poderia se concretizar a curto, médio, longo prazo ou nunca?

A partir da lei n.10.216 (BRASIL, 2001), os manicômios estão sendo progressivamente extintos com a implantação de dispositivos territoriais, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), substitutivos à internação em instituições fechadas. Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) são os últimos manicômios públicos, ainda a serem desmontados nas estruturas jurídico-políticas e conceituais existentes na atualidade. Os paradigmas sustentadores dessas estruturas são objeto de interesse da tese. Contudo, este capítulo se restringirá à medida de segurança como principal mecanismo jurídico que determina o encaminhamento do “caso” para tratamento ambulatorial ou internação em HCTP, em vez do cumprimento da pena nas prisões. Apesar de a primeira resposta se coadunar com as propostas da reforma antimanicomial, centrando-se no tratamento direto, e não na custódia para tratamento, as internações continuam sendo mais preconizadas nas decisões dos magistrados. A mudança de foco requererá o revigoramento dos princípios jurídicos preponderantes no

Código Penal atual, de forma a realizar as devidas vinculações da lei n.10.216, segundo a qual a internação se constitui como último recurso a ser utilizado, tendo em vista a meta principal de tratar no território com a finalidade de manter os vínculos sociofamiliares e as territorialidades geográfica e afetiva.

Apesar do amplo debate a respeito do término de todos os manicômios previsto para 2019, ainda permanece em suspense a viabilidade de uma sociedade sem HCTP no Brasil. A origem dos manicômios judiciários, bem como o processo de desmoronamento progressivo de suas funções, é um assunto relevante, visto que esse maquinário institucional faz parte de uma engrenagem de saberes e poderes especializados no controle social, por meio de legislações específicas, datadas historicamente que serão revisitadas no texto que se segue. Será preciso recompor a formação matricial de estruturas conceituais e vislumbrar o ruir de cada peça essencial na estruturação que mantém o processo de custódia no tratamento do louco criminoso.

O processo de desconstrução progressiva dos HCTPs foi iniciado a partir de uma política pública fundamentada no campo dos direitos humanos, em uma leitura contrária à sustentação da necessidade desse tipo de instituição custodial para os loucos criminosos. Ainda no século XX, há uma transição de olhares acerca das funcionalidades da custódia do louco na saúde mental, um campo transdisciplinar que não se restringe à psiquiatria (Amarante, 2007). Na atualidade, as abordagens do direito e a da saúde mental se entrecruzam, sem, entretanto, convergirem para o mesmo plano. Enquanto a tradição do primeiro campo ainda se resume à necessidade de proteção social contra os indesejáveis descontroles humanos no campo do Direito Penal, no segundo, há denúncia do abandono do louco, uma vida despedaçada por uma carreira institucionalizada, perpétua, em verdadeiros campos de concentração legalizados pela lei vigente e divulgados à mídia corrente (ARBEX, 2013). Em síntese, ambos os

campos de saberes convergem para lidar com as contradições humanas e suas vicissitudes. Contudo, demonstram a fragilidade da manutenção institucional a partir dos seus efeitos, segundo os quais o algoz torna-se vítima do sistema penal, gerando, assim, essa multidão de excluídos abandonados à sua própria sorte nos HCTPs existentes no Brasil. Constam em torno de 3.921 internados/abrigados em HCTP em todo o Brasil, segundo divulgação em parecer do Ministério Público Federal (BRASIL, 2011; DINIZ, 2013).<sup>123</sup> Esse panorama de descaso público com a população institucionalizada pelo sistema penal se repete em todas as regiões do país. No Brasil, milhares de aprisionados são mantidos irregularmente internados, sem a obtenção de benefícios legais, conforme os resultados encontrados no mutirão carcerário realizado pelo Conselho Nacional de Justiça (BRASIL, 2012).<sup>124</sup>

Desde a década de 1940, o manicômio judiciário se configurou como lugar preconizado para o cumprimento de tratamento compulsório do transtorno mental. Psicopatologias ou anormalidades são detectadas pela perícia psiquiátrica, dentro do sistema penal, em função do delito praticado e o estado mental do envolvido no momento do crime, para a definição do cumprimento de pena ou de medida de segurança no sistema prisional.

A partir da formalização da Lei Antimanicomial em 2001, há uma recomendação para que os HCTPs se reorientem segundo novos parâmetros da saúde mental (BRASIL, 2002), fato que só veio a ser rediscutido no “Parecer sobre medidas

---

<sup>123</sup> Segundo Diniz (2013), totalizam 23 HCTPs e três Alas de Tratamento Psiquiátrico em presídios ou penitenciárias brasileiros, ambos denominados de estabelecimentos de custódia psiquiátricos (ETCPs). Há vários estados que não possuem ECTPs: Acre, Amapá, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Roraima e Tocantins. Os estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro possuem três ECTPs, cada um dos estados.

<sup>124</sup> Em agosto de 2008, o Conselho Nacional de Justiça realizou um diagnóstico do sistema prisional, com a finalidade de assegurar a reinserção social dos presos e o cumprimento da Lei de Execução Penal (Brasil, 11 jul. 1984). De 310 mil processos analisados em todo país, 24,8 mil presos já tinham direito à liberdade e outros 48 mil aos vários benefícios (alvarás de soltura, progressão de regime, entre outros), resultando em ações de cumprimento de direitos desses internados (BRASIL, 2012)

de segurança” sob a perspectiva da lei n.10.216/2001 (BRASIL, 2011). A partir do ano de 2010, o Conselho Nacional de Justiça colocou em pauta a implementação de políticas antimanicomiais pelo Judiciário na resolução n.113 (BRASIL, 2010). Em outra resolução, n.4, o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (BRASIL, 2010) detalha os procedimentos antimanicomiais na prática judiciária e prevê a substituição dos últimos manicômios existentes, inclusive estipulando, a partir dessa resolução, o prazo de dez anos para a substituição do modelo manicomial do cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial. Em 2011, o Conselho Nacional de Justiça formou um grupo de trabalho para fiscalização e acompanhamento do cumprimento da medida de segurança (BRASIL, 2011)

Há, portanto, um movimento que une os ministérios da Saúde e Justiça no histórico de tentativas de mudanças. Portarias recentes do Ministério da Saúde objetivam reverter parte dos encaixes das engrenagens do sistema penal que, a partir da institucionalização, sem prazo de término, condenam todos os loucos criminosos à morte civil e política no país. Entre as novas recomendações, sugerem a implantação de um plano de ação para estratégia de redirecionamento dos modelos de atenção na direção da lei n.10.216/2001 nos HCTP (Brasil, 14 jan. 2014a, 14 jan. 2014b). Uma das principais preocupações se situa em torno dos efeitos institucionais da longa permanência e uma nova função ganha ênfase neste tipo de instituição, a reinserção psicossocial dos loucos criminosos. Os HCTPs se acomodam ao incômodo desse novo hibridismo institucional<sup>125</sup>, pois, além das funções de custódia e tratamento, necessitam abrigar desinternados para reinseri-los psicossocialmente. Nessa nova tarefa, assume-se uma função que denuncia ainda mais sua falência institucional: o abrigamento ou albergamento dos desinternados (portanto, sem pendência jurídica) sob seus tetos, pela

---

<sup>125</sup> Ou não há desinternação, naturalizando a pena perpétua, inexistente na lei brasileira.

perda dos laços sociais, devido à institucionalização de longa permanência. Essa nova ação institucional resulta em reassumir suas funções sociais de longa data, a de recolhimento e de depósito de certos tipos marginalizados da sociedade, pelo fato de eles ficarem relegados ao contingente considerado improdutivo na estrutura da sociedade capitalista (FOUCAULT, 2010).

Apesar da tensão existente entre os campos do Judiciário e o da saúde mental, a partir da tarefa de reinserção psicossocial, há um tímido debate das áreas acima indicadas acerca de novos lugares de tratamento substitutivos à internação compulsória em instituição total para loucos criminosos. Com a lei n.10.216, as internações em HCTP passaram a não ter mais sentido, visto que esta determina que o melhor tratamento em saúde mental consiste na atenção territorial, sendo a internação o último recurso, devendo ocorrer em local apropriado ao tratamento, em instituições de saúde mental que respeitem prazos curtos, suficientes, somente em momentos de crises.

A substituição da internação compulsória judicial por tratamento ambulatorial ou programas inovadores como o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ) em Minas Gerais, iniciado no ano de 1999 (BARROS-BRISSET, 2010a, 2010b), e o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI) (GOIÁS, 2009), seu replicador correspondente em Goiás, demonstram a viabilidade de um acompanhamento ao longo do processo criminal, oferecendo atenção integral e intersetorial da rede pública de assistência. Ambos os projetos são pautados em uma atenção psicossocial do sujeito assistido, sem internação em instituição fechada, portanto, sem a lógica da periculosidade. Parte-se da concepção da necessidade de investir na sociabilidade dos sujeitos com transtorno mental em conflito com a lei, mantendo o indivíduo na sua comunidade, apesar do delito cometido em sociedade. A ideia não é punir, mas tratar.

A medida de segurança e a periculosidade são os pilares sustentadores da internação compulsória de loucos criminosos no bojo de mudanças jurídicas inadiáveis. A construção dos termos “medida de segurança” e “periculosidade” remonta a grandes embates entre juristas e psiquiatras de renome (CARRARA, 1998; ALMEIDA, 2009), não discutidos neste trabalho, mas evidenciados nas relações de força apresentadas e estabelecidas entre dois campos privilegiados, o direito e a psiquiatria no Brasil.

No decorrer deste capítulo, serão analisadas as principais mudanças ocorridas nos códigos legislativos brasileiros de forma a demonstrar as condições de possibilidades para emergência, substituições, desaparecimentos, manutenção conceitual e reformas dos preceitos iniciais, em especial, a medida de segurança e a periculosidade a reboque da história da loucura. A finalidade será apontar algumas questões pertinentes à possibilidade de reflexão acerca do fim de todos os manicômios no Brasil, em especial, os HCTPs.

## 2.1. A PRODUÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E A PERICULOSIDADE DO LOUCO CRIMINOSO NO BRASIL

Conforme Mattos (2006), os códigos penais brasileiros refletem os ideários franceses e italianos das escolas penais que se coadunaram com as circunstâncias políticas de controle social das populações marginalizadas em expansão, particularmente voltando seu olhar principalmente para os criminosos e os loucos considerados mais problemáticos para a manutenção da ordem social. Do Império à República, juristas e psiquiatras se aproximam pelo estreitamento da associação entre crime e loucura, inaugurando uma participação cada vez mais presente dos peritos psiquiatras nos exames de sanidade para a internação, conforme a seguir se delinea.

No Brasil Império, o Código Penal de 1830 se pautava nas noções da responsabilidade penal e do livre arbítrio do homem, previsto no direito penal clássico. Dentre os princípios elaborados, pressupunha a igualdade entre os homens perante a lei, vinculava a pena à gravidade do delito cometido e estabelecia previamente a tipificação legal dos crimes. Circunscrevia como inimputáveis: os menores de 14 anos e os “loucos de todo gênero”, salvo em lucidez parcial no momento do crime e o delito por força ou medo irresistíveis, a exemplo, os de autodefesa.

Sobre casos enumerados, muitas críticas incidiram acerca da abrangência da terminologia “loucos de todo gênero”. Apesar da amplitude conceitual, a identificação da “loucura” era feita pelo próprio juiz ou júri da ocasião, marcada somente pela presença do “delírio”, estado reconhecível, não sendo cogitada ainda a inserção de outros especialistas (PERES, NERY FILHO, 2002). Não se previam internações compulsórias necessariamente para os “irresponsáveis legais”. Esses permaneciam sob o âmbito domiciliar e somente nos casos de segurança pública eram direcionados às prisões ou as santas casas de Misericórdia. A criação do primeiro hospício público foi no Rio de Janeiro em 1852. Nesse espaço, o psiquiatra ainda não tinha o poder de internar na instituição. Além disto, convivía com os antigos gerenciadores religiosos das santas casas de Misericórdia. Esse período é marcado pela nascente Psiquiatria brasileira, ainda com pouca influência no Judiciário e em luta pela ampliação de seu poder disciplinar na sociedade (MACHADO *et al.*, 1978).

Na República, outras alterações legais se evidenciam. O Código Penal de 1890 aplicava como único critério para a identificação da inimputabilidade a responsabilidade moral. A partir desse critério geral, outras categorias foram inseridas entre os inimputáveis: a imbecilidade nativa ou o enfraquecimento senil. A categoria “louco de toda espécie” foi substituída por “completa privação de sentidos e de inteligência no ato



do crime”, ainda motivo de descontentamento. O termo “completa” surge em uma tentativa de evitar categorizações amplas como as loucuras parciais, com alguma espécie de lucidez ainda, as denominadas monomanias na época.<sup>126</sup> Contudo, novas críticas (PERES, NERY FILHO, 2002:335) recaem sobre “a completa privação de sentidos”, só viável em corpo sem vida (cadáver). Com novo efeito amplificador, aumentou-se o escopo do campo dos episódios de “loucura” em crimes nos casos de sonambulismo, epilepsia, delírio febril, hipnose e embriaguez completa, novas situações abrangidas no campo do crime-loucura.

Inicia-se a inserção dos peritos psiquiátricos no judiciário, apesar da resistência na área do Direito, mas sob o símbolo da necessidade de distinção das “espécies” de loucuras e dos crimes sem lógicas discerníveis. Nesse mesmo período, no Brasil, iniciam-se debates acerca da concepção da pena, seus objetivos e a “temibilidade” dos criminosos, termo criado pelo jurista Raffaele Garofalo, mais tarde substituído por “periculosidade” na legislação brasileira (MATTOS, 2012). Os discursos da antropologia criminal de Cesare Lombroso começam a ganhar espaço nas discussões entre psiquiatras e juristas, e os olhares disciplinares sobre o criminoso se aprofundam, no intuito de identificar tipos humanos predispostos ao crime. O crime é cometido pelo indivíduo de forma voluntária e consciente na escola do Direito clássico. A pena é imposta como castigo e necessidade de restabelecer a ordem externa. Um de seus representantes filosóficos de mais destaque é Cesare Beccaria, que parte dos ideários de Rousseau e Montesquieu. A escola do Direito positivista contrapõe-se à corrente antes referida, pois nega o livre-arbítrio, recaindo a explicação sobre o crime nos aspectos

---

<sup>126</sup> Monomania é uma terminologia criada por Esquirol em 1838. Subdividia-se em três tipos: a intelectual, a afetiva e a instintiva, que afetava respectivamente, o entendimento (inteligência), o sentimento e a vontade. A primeira equivale ao delírio parcial para explicar os crimes sem motivos (CARRARA, 1998).

biológicos ou sociais, vinculados à teoria de degenerescência de Morel. Nesse caso, a fundamentação teórica remete ao positivismo de Comte, que explica o crime sob o ângulo da sociologia, e o criminoso começa a ser estudado. O médico Cesare Lombroso oferece a base material para a concretização desse ideário positivista. O ideário da medida de segurança justifica sua função como uma sanção que protege o grupo social e recupera o inimputável através da custódia e do tratamento compulsório.

As teses lombrosianas<sup>127</sup> são transpostas à realidade brasileira, em um terreno fértil em função da preocupação da elite com a composição étnica populacional, a miscigenação racial e a acentuação de eventos violentos, resultados da crescente urbanização e industrialização nas grandes metrópoles brasileiras (CARRARA, 1998). PERES, NERY FILHO (2002) citam a incongruência do ecletismo jurídico brasileiro que se pautará, a seguir, na conciliação de ambas as doutrinas, a escola penal clássica e a positivista. A primeira, cuja tradição se centra no crime como quebra do contrato social, preconiza a necessidade de punição, enquanto a segunda desloca o olhar para os fatores biológicos ou sociais que impulsionam o criminoso a cometer o delito. Tais asserções geram explicações combinadas nas seguintes proposições uniformes: o livre-arbítrio humano, o comprometimento da vontade e o entendimento do ato delituoso. A própria avaliação do nexo causal entre o estado mental e o crime promove a compreensão do comprometimento com esses ideários mais explicitados no Código Penal de 1940.

---

<sup>127</sup> O crime é cometido pelo indivíduo de forma voluntária e consciente na escola do Direito clássico. A pena é imposta como castigo e necessidade de restabelecer a ordem externa. Um de seus representantes filosóficos de mais destaque é Cesare Beccaria que parte dos ideários de Rousseau e Montesquieu. A escola do Direito positivista contrapõe-se à corrente antes referida, pois nega o livre-arbítrio, e a explicação sobre o crime recai sobre os aspectos biológicos ou sociais, vinculados à teoria de degenerescência de Morel. Nesse caso, a fundamentação teórica remete ao positivismo de Comte, que explica o crime sob o ângulo da sociologia e o criminoso começa a ser estudado. O médico Cesare Lombroso oferece a base material para a concretização desse ideário positivista. O ideário da medida de segurança justifica sua função como uma sanção que protege o grupo social e recupera o inimputável através da custódia e do tratamento compulsório.

Os psiquiatras ganham cada vez mais entrada no judiciário e, embora com funções auxiliares restritas, ampliaram o campo de discussão da “loucura e crime”, a tal ponto que o decreto n.1132 (BRASIL, 1903) estabeleceu que os estados brasileiros construíssem manicômios judiciários ou anexos especiais nos hospícios públicos, enquanto não dispusessem da instituição preconizada, fato que só ocorreu 22 anos depois, data de construção do primeiro manicômio judiciário no Brasil, o Heitor Carrilho (CARRARA, 1998). Posteriormente, essa estrutura foi replicada em outros estados brasileiros, mas ainda parecia carente de argumentações jurídico-políticas que fortalecessem sua relevância médico-psiquiátrica, já constatada a partir da concordância da multiplicação da referida instituição.

Há um longo intervalo de tempo entre o decreto de 1903 até a próxima mudança legislativa no Estado Novo, no Código Penal de 1940. Neste, surgem as categorias “periculosidade” (anteriormente suposta, mas não discutida amplamente) e “medida de segurança”, alternativa à pena com funções terapêuticas e preventivas. Diferenciados os recursos legais, a pena possui o caráter e a finalidade retributiva, segundo a culpa do sujeito e a gravidade do crime, enquanto que a medida de segurança requer a avaliação da periculosidade com a finalidade de defesa social, ou seja, reprimir e prevenir delitos futuros. Cabe ressaltar que, nesse período, ambos os conceitos (periculosidade e medida de segurança) voltavam-se para a aplicação entre os considerados inimputáveis perante a lei, dentre os quais surge, pela primeira vez, a figura do semi-imputável. Anterior a este código, os inimputáveis estavam fora das sanções legais; eram apenas encaminhados para a internação em hospício público para o tratamento psiquiátrico, demonstrando, assim, outro entendimento social: a questão do crime-loucura, na qual a ênfase está no “tratamento” e não na custódia no sentido prisional estrito.

Segundo Almeida (2009), o critério de imputabilidade penal no código de 1940 comportará explicitamente a combinação de elementos extremamente pouco claros, com fronteiras não explícitas: a cognição (entender o caráter criminoso do ato) e a volição (determinar-se de acordo com o entendimento). Em consequência dessa associação, o que torna o indivíduo inimputável não é mais o transtorno mental que ele porta, mas o estado mental que lhe priva da compreensão do ato delituoso. Mais especificamente, para o critério da avaliação da periculosidade, os personagens da trama do crime-loucura se distinguem nos polos faltantes: o inimputável se caracterizará pela falha cognitiva e o semi-imputável pela falha no controle da volição.

No código acima referido (do ano de 1940), os semi-imputáveis cumpriam judicialmente a combinação da pena com a medida de segurança, o denominado duplo-binário. No duplo-binário, cumpre-se o tempo de privação de liberdade atenuado ou reduzido, uma parte como pena e a outra em medida de segurança, em casas de custódia e tratamento, como modelo alternativo às penitenciárias, semelhantes aos reformatórios criminais do passado. Nesse momento, os “criminosos perigosos” são reestruturados em novas categorias descritas literalmente, conforme a seguir: os isentos de pena (inimputáveis), embriagados ou estados análogos (podem incluir os dependentes químicos), reincidentes em crime dolosos e os filiados a bandos ou quadrilhas. Os semi-imputáveis, nessa classificação, são estabelecidos como os criminosos mais perigosos e, ambigualmente, reduz-se a penalidade, outra questão bastante discutida entre juristas e psiquiatras (ALMEIDA, 2009). O delineamento do estado mental do criminoso passa a ganhar ênfase nessa proposta, pois o olhar se distancia cada vez mais do crime, voltando-se para o criminoso e seu envolvimento global no delito.

No ano de 1940, a Psiquiatria garante sua utilidade no sistema judiciário, incorporando o encargo de auxiliar também no enquadramento dos casos duvidosos,

para livre decisão e convencimento do juiz dentro das categorias “desenvolvimento mental retardado”, “doença mental” ou “perturbação da saúde mental”, sendo os dois primeiros inimputáveis e o último, o semi-imputável. A medida de segurança era de caráter temporal indeterminado até a emissão de laudo de cessação de periculosidade mediante avaliação psiquiátrica, marco de uma grande conquista médica. Assim, a Justiça reconhece a necessidade do aval da Psiquiatria para a concretização de atos jurídicos. Reforça-se, portanto, a aliança entre a Psiquiatria forense e a Justiça brasileira em prol de uma legislação repressiva, refletida na busca qualificada de indivíduos perniciosos à sociedade da época.

Outro salto significativo na legislação brasileira é marcado, em 1984, com a Lei de Execuções Penais (LEP) (Brasil, 11 jul. 1984) que extinguiu o duplo-binário, e a noção de periculosidade passou a vigorar somente para os inimputáveis. Essa revisão (COHEN, 1999) passou a reservar sua avaliação apenas aos sujeitos com transtornos mentais (os inimputáveis), com retardos mentais e casos específicos de semi-imputabilidade (avaliados limítrofes). Com essa mudança legislativa, a Justiça desloca o “perigo” apenas em casos específicos, fortalecendo a vinculação desmedida principalmente entre crime e loucura sob a égide da lei.

A ressocialização do criminoso e não mais da defesa social do código anterior ganha ênfase na função judiciária. Novos profissionais ingressam nas engrenagens prisionais para compor a avaliação do criminoso. As Comissões Técnicas de Classificação são compostas por técnicos (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais) que ficaram responsáveis pela individualização da execução penal, com vistas à nova função preconizada. Contudo, essas práticas profissionais reproduziam a mesma lógica do princípio da defesa social, a partir da mera elaboração de pareceres criminológicos

para a autorização dos benefícios legais, a progressão de regime, a liberdade condicional, entre outras proposições legais.

A plena adoção da escola positivista do Direito Penal ganha enlevo naquele momento. Nessa referência, há um novo deslocamento do olhar dos especialistas. Buscam-se as causas do crime no criminoso, valendo-se do exame sob os diversos ângulos das ciências. Portanto, os preceitos teóricos recaem sobre uma avaliação individualizante dos índices “virtuais”, expectativas futuras dos riscos e probabilidades para cometer crimes. Ou seja, aspectos invisíveis, pouco comprováveis ou de uma ordem futura impossível de ser comprovada, tal como o questionamento da permanência ou não da periculosidade de um sujeito mediante a situação do exame de cessação de periculosidade. Conforme Vianna (2012) afirma, as ciências, nas configurações originais, normalmente deveriam prescindir e abominar esses tipos de previsões no nível futuro que são incompatíveis com os paradigmas das ciências e, geralmente, irrealizáveis na prática.

Contudo, as vinculações entre ciência e poder são complexas, não neutras, e sim a necessidade de compreensão do entrelaçamento dos efeitos de poder e de saberes nas sociedades. Foucault (2007) ressalta que, na sociedade disciplinar, há o atrelamento entre o poder e os saberes, que embasam e legitimam as ações estatais de repressão social. Castel (1987) amplia essa questão, preconizando que os efeitos do poder na sociedade disciplinar já se desdobram ou se diferenciam em muitos momentos histórico-sociais para o controle dos riscos futuros. Portanto, potenciais ou virtuais da população marginalizada, em função de sua “sobra” nos processos produtivos e de consumo.

Conforme visto, as categorias excluídas variam no decorrer dos contextos sócio-históricos, e o conceito de periculosidade será desdobrado em vários índices

examinados até a concretização de testes de avaliação padronizados, preditivos do risco de violência, englobando noções de psicopatia, impulsividade, entre outras categorizações (MECLER, 2010). Ou seja, a Psiquiatria produz instrumentos no âmbito considerado mais “científico”, no sentido de uma investigação planejada e executada sob os parâmetros da comunidade científica, inserção pretendida desde sua especialização no interior do campo da medicina (CASTEL, 1978)<sup>128</sup>.

Geralmente, as mudanças das leis são dinâmicas, sofrendo alterações temporalmente, com a finalidade de incorporar elementos novos à análise atualizada. Com a lei n.10.792/2003, a última reforma da LEP abole a elaboração de exames criminológicos pelos profissionais previstos (psicólogo, assistente social, psiquiatra) para obtenção de benefícios, a não ser por ordem judicial expressa, mas, na prática, esses ainda continuam sendo exigidos pelos juízes em alguns estados no país. As mudanças legislativas penais apontam para uma redução da interferência dos especialistas da área de saúde no âmbito das decisões legislativas criminais, mas a hegemonia da Psiquiatria ainda perdura em uma circunscrição jurídica específica, a dos HCTPs, onde a loucura criminosa aprisionada tem lugar específico.

Atualmente, a perícia continua sendo um campo hegemônico de psiquiatras, rompido por poucos estados ao inserir uma perícia multiprofissional, como o estado do Rio Grande do Sul, com uma equipe multiprofissional composta por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros (HENRIQUE, 2008). Para compreender melhor o atual lugar da Psiquiatria no campo forense e a tentativa de manutenção do seu *status quo* nesse espaço legitimado judicialmente, será

---

<sup>128</sup> Na *Danação da Norma* (MACHADO, 1978), a Psiquiatria é vinculada à medicina social no processo de medicalização da sociedade, combatendo a desordem social. É patologizando o comportamento do louco que se pode tratá-lo, confiná-lo e estabelecer discursos competentes de domínio restrito.

necessário entender as suas pretensões futuras, segundo alguns artigos mais contemporâneos.

A Psiquiatria forense teve seu nascedouro nos meados do século XIX, produto da parceria com o Direito na construção da categoria louco-criminoso, associada às demandas específicas do poder estatal, conforme já discutido. Contudo, o franco desenvolvimento dessa especialidade ocorreu a partir da criação dos manicômios judiciários na primeira metade do século XX. Segundo Abdalla-Filho e Taborda (2006), essa é uma subespecialidade da medicina que entra em declínio no final dos anos 1960, só retomando sua valorização e expansão nas décadas finais do século XX e início do século XXI. Os autores desse artigo abordam as causas dessa oscilação do campo, basicamente pelas alterações do mercado profissional, da mudança sofrida a partir da visão da bioética junto às populações atendidas e das exigências periciais no presente, explicações bastante simplistas frente ao panorama das pretensões futuras da Psiquiatria forense.

Conforme Barros (2008), a Psiquiatria forense precisa acompanhar os avanços da neurociência, ultrapassando a mera utilização dos critérios psicopatológicos. O autor propõe uma “neurociência forense” na qual se somam os instrumentais da neuroimagem, da neurofisiologia e da neurobiologia de forma a integrar mente e cérebro, corpo e alma, forma e função. Esses ideários<sup>129</sup> nitidamente reatualizam as questões do livre-arbítrio e do determinismo biológico (hormônio, alteração do humor, entre outros) vinculados ao crime, através dos quais se concretiza o propósito de reunir provas, a partir de parâmetros considerados científicos, para condenar ou absolver, além

---

<sup>129</sup> Conforme afirma Portocarrero (2002), há uma passagem da semiologia, no sentido de descrição do sintoma à etiologia da “doença mental” (terminologia da época). Ou seja, há uma busca de uma inteligibilidade escondida da doença, uma investigação da causalidade oculta por meio das modernas tecnologias médicas.



de justificar a presença do especialista psiquiatra no campo jurídico, ampliando o poder médico sobre as populações que devem controlar na contemporaneidade.

Apesar de a proposta anterior ainda não ter sido implantada efetivamente, ela sugere que a aliança pelo fortalecimento dos poderes entre a Justiça e a Psiquiatria poderá prosseguir futuramente com auxílio de aparatos tecnológicos cada vez mais refinados (testes, exames, entre outros) que garantam a sustentação do sonho de controle disciplinar virtual dos riscos, aparentemente utópico, mas cada vez mais sofisticado na sociedade contemporânea. Frente às mudanças legais e à Psiquiatria forense anteriormente comentada, será oportuna a discussão das múltiplas dimensões do crime-loucura e a possibilidade dos fins dos HCTP, frente a um campo disciplinar pouco disponível para abandonar sua missão de filtro especular da periculosidade social.

## 2.2. AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO CRIME E OS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

O crime e a loucura são objetos de saberes transdisciplinares, não redutíveis a qualquer campo do saber específico, ou seja, qualquer enfoque teórico será sempre parcial, incompleto pela própria natureza das questões envolvidas e suas interlocuções com múltiplos saberes. A íntima relação entre a criminologia e a Psiquiatria forense é uma das conexões prestigiadas anteriormente neste capítulo que se interliga a outros saberes disciplinares complexos, tais como a psicanálise, a filosofia, a sociologia, a antropologia, entre outros campos teóricos na composição da discussão crime-loucura.

De forma geral, ainda há grande ênfase dos estudos lombrosianos do século XIX entre os saberes associados ao crime e à loucura. Enfatizam-se o indivíduo e as explicações a partir das influências do meio social, como se fosse possível “a ideia de

que o mal não mais atingiria o sujeito como uma força demoníaca” (FARIAS, 2010:153), uma visão otimista do homem que separa opostos ou isola os contrários (bem x mal), reduzindo, unilateralmente, a interpretação da existência humana (civilização x barbárie).

Em contraponto a essa visão otimista da humanidade, Nietzsche (2007) afirma que o homem não experimenta só imagens agradáveis e amistosas de si e do outro, mas há lutas incessantes de impulsos contraditórios que, no convívio, se delineiam como uma experiência humana mais integral. Nietzsche (2003) amplia essa noção do âmbito individual e intersubjetivo para o social mais amplo em *Genealogia da moral*. Portanto, a sua visão se contrapõe à oposição entre civilização e barbárie, pois ele considera que os fenômenos vinculados aos crimes (assassinato, sacrifícios, torturas, entre outros) fazem parte da história civilizatória que apresenta mecanismos diferenciados para lidar com as questões decorrentes das forças pulsionais dos atos humanos, segundo a ótica de fabricação de juízos de valor no contexto sócio-histórico específico. Assim sendo, o crime pode ser relativizado, pode ser suscitado como ato natural em uma cultura ou ato condenável em outra. O louco-criminoso pode ter sido posto em fogueira por seu contato com forças sobrenaturais incompreensíveis na Idade Média, isolado nos fundos da casa ou nos hospitais gerais, junto com outros desvalidos no século XVIII, tratado em hospitais psiquiátricos ou internado em manicômios judiciários na contemporaneidade.

A morte capital pelo suplício é um ato inconcebível ou inimaginável na atualidade, mas o isolamento institucional perpétuo, com contínuas renovações da medida de segurança, só se torna plausível com a naturalização da necessidade dos HCTPs para os sujeitos com transtorno mental em conflito com a lei, independentemente da tipologia criminal, ainda na contemporaneidade.

Daí a relevância do estudo das significações culturais dos crimes nos grupos sociais, um dos alvos de KATZ (1997). Seu estudo demonstra que em um ato “louco”, no sentido de aparentemente incompreensível, geralmente há fatores morais envolvidos; daí a importância de compreender a construção emocional e simbólica da experiência dos diversos tipos de crimes nas sociedades. Na história dos manicômios judiciários, as predominâncias das tipologias criminais tendem a se diferenciar no decorrer do tempo, embora essa instituição tenha sido criada para graves crimes contra o corpo social.

As condições do sujeito com transtorno mental e sem família ganharam um grande peso durante muitos anos na manutenção da internação, fato que levou ao incremento das longas permanências, sem prazo de saída, independentemente do tipo de crime, em função da impossibilidade de previsão futura quanto à cessação de periculosidade nos atos civis dos internados. Manter internado por precaução social é uma espécie de prisão perpétua legitimada socialmente, produto do mal-estar presente na convivência com a diferença radical, ou o louco-criminoso na contemporaneidade.

Para Freud (1930), todo tipo de “mal-estar” na cultura é passível de explicação pela tensão contínua e inconciliável entre a cultura e as pulsões humanas. O preço que o homem paga para a vida em sociedade resulta na restrição do seu grau de liberdade e na necessidade de renunciar aos seus impulsos agressivos. Essa tensão seria produto do convívio, podendo provocar o adoecimento humano. Se na Antiguidade a loucura era interpretada como antevisão, magia ou extravagância, na atualidade, a loucura exprime a liberação dos impulsos repreensíveis e um conjunto de sintomas construídos pelos manuais de psicopatologia. É a representação do descontrole dos impulsos que necessita de contenções externas, como uma espécie de perversa formação de compromisso com a sociedade.

Conforme afirma Velho (1996:11), para o convívio social pleno “a reciprocidade é o motor e expressão do social”. Tal reciprocidade, não sendo automática, deve ser construída através das partes constituintes da sociedade, pois não é um dado natural e depende do convívio com as “diferenças”. Em circuitos sociais específicos, distingue-se o “diferente” ora como aliado, ora competidor ou adversário potencial, engendrando várias atitudes sociais. Estas se caracterizam desde a negociação, a dominação, chegando ao extremo da ação de desumanização, visando ao controle, exclusão ou mesmo à dizimação da diferença. Esses “manicômios mentais” é que necessitam ser desconstruídos para a real reinserção para tratamento em vez de custódia, e a exclusão social como punição indireta através da medida de segurança. O aspecto preventivo do aprisionamento do sujeito com transtorno mental só agrava o estado de inconsciência dos seus atos, impedindo-o de elaborar a situação traumática para todos os envolvidos no processo.

Caldeira (2003) situa o crime como um acontecimento traumático, um ato que rompe com os sentidos do convívio social e desorganiza os significados dicotômicos representados entre o “bem” reinante e o “mal” que deve ser controlado por meio de outra violência legitimada, a contenção prisional. A punição das transgressões funcionaria para sistematizar o caos, por meio da rejeição da ambiguidade, da anomalia e da desordem ocasionada pela ruptura provocada. A naturalização das punições encontra respaldo na tradição secular das institucionalizações apoiadas pelas classes sociais dominantes que se sentem ameaçadas pela massa amorfa dos personagens indolentes ao controle em geral.

Para uma abordagem da complexidade dos crimes contra a humanidade, Arendt (2010) tenta ultrapassar a dimensão das naturalizações teóricas acerca da natureza humana violenta, das oposições entre razão e emoção, e assinala outras dimensões

sociais, a do poder, da força, da autoridade e da violência propriamente dita como meios de controle da humanidade, variando nas suas combinações de acordo com a sociedade na busca de legitimação do governo. Põe a violência no âmbito político, de manipulação sutil com a finalidade de controlar as massas. Contudo, as respostas governamentais nem sempre são sutis. Assim, a repressão com os antigos aparelhos repressores é bastante comum e se evidencia com frequência. A resposta social é a contenção externa, o controle e o uso da violência por várias instituições formais legitimadas pelos líderes e governantes atuantes na ocasião. Essa dimensão amplia o escopo da questão do crime nas suas amplitudes mais amplas, no âmbito da política criminal que reflete as prioridades governamentais de encarceramento, por exemplo, de um país em períodos históricos específicos.

De um modo genérico, o Judiciário prevê os limites de uso de instrumentos legais no combate ao crime como uma forma de conter a ira do corpo social contra o criminoso. A legislação brasileira atual proíbe formas violentas de tratamento judiciário em resposta aos atos ilícitos e violentos, embora haja tradição histórica de uso da violência em diversas formas na sociedade brasileira. Notoriamente, percebem-se diversos meios de violência aplicados na sociedade brasileira, principalmente nos períodos ditatoriais. Alguns mecanismos jurídicos violentos foram mantidos por longos períodos, a exemplo da pena de morte, só retirada da legislação brasileira no início da República, embora somente legitimada em crime de guerra. Inclusive no governo de Getúlio Vargas, a pena capital ainda era indicada em alguns tipos de crimes: político, homicídio por motivo fútil, ou extrema perversidade. Outra situação explícita de uso governamental da violência se observou durante o ano de 1970 no Ato Institucional n.14 que reavivou a pena de morte para crimes políticos (terrorismo, guerra urbana), embora não tenha sido aplicada de forma oficial, diretamente.

Na última Constituição vigente, de 1988, houve rejeição de três aspectos jurídicos anteriormente permitidos em determinadas circunstâncias: a pena de morte, a prisão perpétua e o tempo superior a trinta anos de aprisionamento. Essas medidas preveniram a arbitrariedade no aprisionamento de suspeitos sem fundamentos, impedindo uma vingança imediata *a priori* da Justiça, pelo menos na teoria.

Quando a repressão estatal cede, as disciplinas surgem com o intuito de um controle mais sutil, a docilização dos corpos (FOUCAULT, 2007). Historicamente, foi a partir da parceria entre a Psiquiatria e o Direito que emergiu a concepção de indivíduo perigoso, conforme desenvolvido anteriormente, de categorias sociais mais amplas, abrangendo uma gama de figuras sociais, até a associação plena com a loucura (FOUCAULT, 2010). O encarceramento da loucura criminosa em local específico, o manicômio judiciário, foi a solução final para o conflito histórico de competências, projetos e representações sociais distintas e opostas sobre a pessoa, sem prevalências de uma concepção jurídico-racionalista e psicológico-determinista, sem a superação de uma pela outra (CARRARA, 2010). Enquanto na primeira proposição há um sujeito de direitos e de deveres, moralmente responsável por suas ações, na segunda, o indivíduo torna-se objeto de suas questões subjetivas (impulsos, desejos, traumas, desequilíbrios nervosos, entre outras características médico-psicológicas), não podendo ser responsabilizado ou punido por suas ações. Essa convivência de modelos incompatíveis de leituras das ações e responsabilidades humanas resulta em culpabilidade e responsabilidade, ou o inverso, com consequências danosas da destituição do poder do sujeito falar em seu próprio nome, condição necessária à elaboração de qualquer evento traumático (PINTO, FARIAS, GONDAR, 2012; FARIAS, 2010).

Múltiplos aspectos teórico-práticos, jurídicos e psiquiátricos já estão superados e sucumbem frente à falta de constatação do benefício social da institucionalização de

forma geral. As instituições totais (GOFFMAN, 2001) já estão na berlinda quanto aos efeitos benéficos à sociedade e aos indivíduos reclusos, sendo os efeitos da institucionalização frequentemente avaliados como novas catástrofes coletivas, com retorno difícil e precário na nova função de reabilitação psicossocial ou qualquer outra função modeladora sob novas roupagens. As autoridades jurídico-psiquiátricas são convidadas, pela área transdisciplinar da saúde, a entrar nos debates desencadeados no âmbito da saúde mental, *locus* da busca da desinternação e tratamento sem punição, no território, e a viabilizar uma sociedade sem HCTP ou qualquer tipo de encarceramento com a desculpa de proteção social e/ou tratamento de distúrbios sociais localizados em personagens específicos.

Clama-se urgência na revisão dos princípios legais voltados para os inimputáveis que, sem as devidas vinculações da lei n.12.160/2001 com as demais legislações, inviabilizará o principal marco dessa Lei Antimanicomial, uma sociedade sem manicômios, inclusive os judiciários. Os denominados HCTPs, forjados como hospital-prisão, mantêm sua existência jurídica com abalos na sua presença onipotente do passado e enfrentam, a partir de poucos projetos conforme mencionado anteriormente, especificamente o PAI-PJ (BARROS-BRISSET, 2012) e o Paili (SILVA,2010), algumas alternativas tímidas de tratamento ambulatorial no território, sem internação para o sujeito com transtorno mental em conflito com a lei.

O discurso da periculosidade corporificado na medida de segurança ainda se configura pela unilateralidade da premissa da segurança social e envolve uma rede de indivíduos dispersos sob o rótulo de inimputáveis e semi-imputáveis, sem levar em conta os entrelaçamentos atuais das políticas de saúde mental e de direitos humanos. Será necessário construir uma política de segurança sobre novas bases que não responda ao crime ou a qualquer violência produzida por sujeitos com transtorno mental em

conflito com a lei com outra violência social – a institucionalização em HCTP –, onde a reclusão para tratamento tem caráter punitivo, de custódia e de suspensão de direitos, em contraposição às metas prioritárias de tratamento humanitário em Centros de Atenção Psicossocial e outros dispositivos em saúde mental. Afinal, a justiça criminal deve cumprir o real veredicto de inimputabilidade, a absolvição do ato e a consequente necessidade de uma atenção especializada com a finalidade única de realizar o ato de cuidado e atenção diferenciada para todos os necessitados, independentemente da qualificação jurídica equivocada de “loucos-criminosos”.

Os próximos capítulos contemplam a busca do material com a finalidade de cartografar o desmonte do HCTP Heitor Carrilho e os resultados das análises de materiais propostos, as pistas da rede de relações produzidas no trabalho de reinserção psicossocial de pacientes de longa permanência.



### **CAPÍTULO 3. A MICROPOLÍTICA DE REINserÇÃO NUMA INSTITUIÇÃO DE SEQUESTRO NO SÉCULO XXI**

O Olho auxiliado por uma série de olhares dispostos em forma de pirâmide (...). (FOUCAULT, 2002:107)

Refletir sobre o Heitor Carrilho hoje – o Instituto de Perícias Heitor Carrilho e o seu abrigo denominado informalmente de “Anexo” –, requer um recuo no tempo, a fim de analisar as suas funções remotas e futuras, sem a pretensão de traçar uma linearidade entre os fatos. Contudo, a existência dos manicômios judiciários aponta uma renovação das estruturas do poder estatal, em torno de saberes disciplinares que cumprem funções positivadas nas “instituições de sequestros” das sociedades capitalistas. Conforme Foucault (2003), a terminologia instituições de sequestros ultrapassa as funções de exclusão propriamente dita, e o reforço da concepção de marginalidade, paradoxalmente, ressalta a sua função de inclusão, fixação e normatização social dos institucionalizados. O hospital psiquiátrico, a prisão, entre outros aparelhos estatais (a fábrica, a escola), não visa a excluir, mas ligá-los aos aparelhos específicos de normalização – trata-se de garantir a produção (no caso da fábrica), a formação (a escola) ou correção dos produtores (prisão) em função de determinada norma social. Significa uma inclusão pela exclusão e, para diferenciar a sutileza dos termos, o autor opõe reclusão e sequestro a fim de explicitar melhor a questão. A reclusão do século XVIII excluía ou reforçava a marginalidade; o sequestro no século XIX agrega as funções de inclusão e normatização dos indivíduos. A novidade consiste em que os poderes estatal e não estatal se confundem, formando uma rede institucional de sequestro no interior do qual a existência subjetiva se encontra aprisionada, controlada no uso do tempo e do próprio corpo através de uma disciplina geral da existência. O

poder no interior das instituições de sequestro é polimorfo e polivalente, atravessa e anima outros poderes, como o de extrair saberes sobre os submetidos ao olhar, da classificação, do registro, da análise dos seus comportamentos, com a finalidade de controle das “virtualidades” situadas ao longo da pirâmide dos panoptismos sociais. Os manicômios judiciários ou HCTPs na atualidade agrupam as duas funções: a reclusão e o sequestro, quando se percorre o seu histórico. Reclusão daqueles à margem social e noção de crime da época (vadiagem, entre outros inexistentes na atualidade) e instituição de seqüestro, porque o centro de suas ações em qualquer de suas novas funções é a normatização e fixação dos indivíduos à lógica social vigente, atualmente a do movimento antimanicomial.

No caso do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, a instituição é renovada nominalmente, a partir do planejamento objetivo dos gestores da saída dos pacientes desinternados da instituição que prescindirá da custódia e do tratamento dos loucos criminosos para sua existência. Nesse projeto futuro, a ênfase institucional se deslocou para a função tradicional de perícias psiquiátricas que perpassou todo o histórico de existência institucional, vide o vitorioso monopólio da Psiquiatria Forense na avaliação de ingresso no manicômio judiciário do Rio de Janeiro. Este fato demonstra a abrangência dessa ação disciplinar de controle dos riscos virtuais (ou atuais) anunciados na retórica do saber científico do perito, responsável pela realização de exames de dependência de drogas e sanidade mental a serviço de inúmeros órgãos judiciários no Rio de Janeiro: a Defensoria Pública, a Vara de Execuções Penais, as Varas Criminais Federais, as Varas Criminais Estaduais e as Auditorias da Justiça Militar.

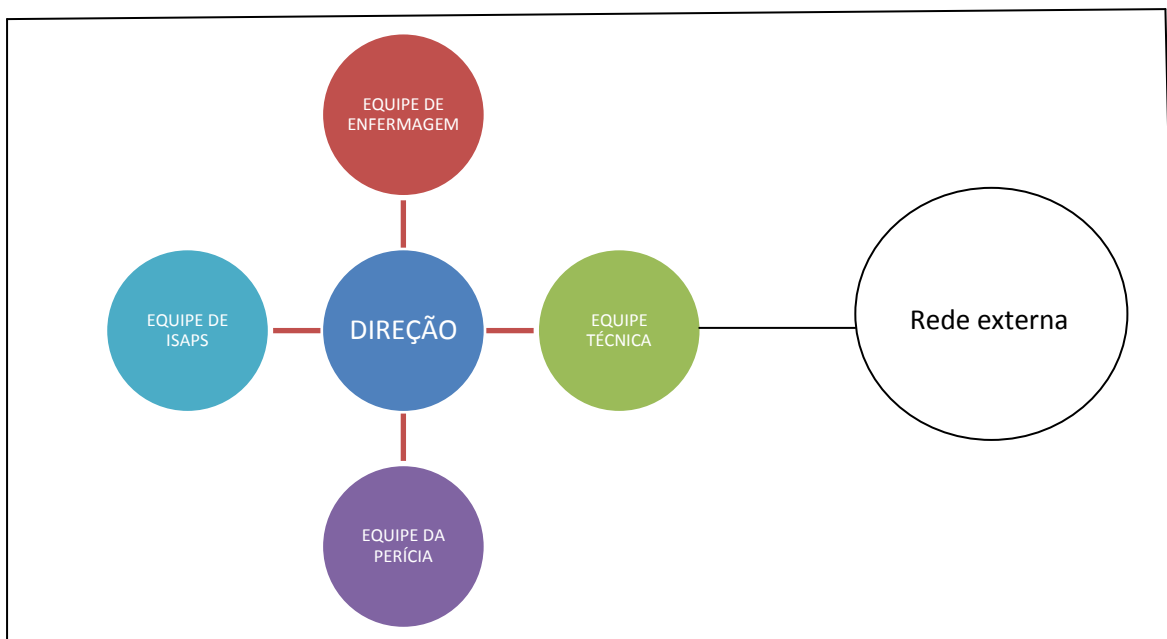
Este capítulo tem como objetivo investigar as transformações institucionais efetuadas administrativamente e os atores envolvidos na transição até a extinção Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HCTPHH) no

organograma da SEAP do Governo do Estado do Rio de Janeiro, no sentido de contribuir nas passagens já relatadas por autores (CARRARA, 1998; MACIEL, 1999) que reconstróem a construção dos ideários até a inauguração do MJRJ. A presente tese se propõe a acompanhar o desmonte e a extinção do primeiro manicômio judiciário do Brasil, o HCTP Heitor Carrilho.

No decorrer da existência do HCTPHH, ocorreram muitas mudanças internas estruturais anteriores ao período estudado de 2007, história complementada por relatos de funcionários, dentre elas, a instalação de miniequipes multidisciplinares às quais se agrega a pirâmide de olhares sob o comando geral do olhar médico preponderante na instituição. A complementação se deve à facilidade de se obterem dados da história recente que se perderão com o esfacelamento do grupo que formava as equipes. Optei por complementar o período não abrangido pelas atas estudadas para não se perderem dados vivenciados, inclusive por mim como técnica e pesquisadora, tal como o processo final de fechamento; caso contrário, a pesquisa pararia no ano de 2013, não englobando as últimas mudanças.

A dinâmica institucional se explicita na relação entre os principais atores do processo de desinstitucionalização: a Direção, a Equipe de profissionais (inclui Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Enfermagem, os inspetores penitenciários e peritos psiquiatras), os internados e a rede externa variável na sua composição no decorrer do processo de desinstitucionalização, conforme figura simplificada das diversas equipes a seguir.

FIGURA 13 - REDE DO HCTP HEITOR CARRILHO



A representação da Enfermagem e dos ISAPS separados da equipe técnica decorre das dinâmicas das reuniões em que as participações desses dois profissionais são variáveis no tempo, não participam continuamente durante o período estudado. Somados a esse fato, a localização espacial e até a composição futura do Instituto de Perícia reflete a separação desses grupos no diagrama simplificado das redes interna e externa. A perícia psiquiátrica é uma instituição que prescinde de equipe de saúde se o objetivo for somente avaliação psiquiátrica em período curto, quase instantâneo do diagnóstico e da resposta aos quesitos do juiz. Os ISAPS complementam as tarefas periciais nas suas funções de vigiar e impedir as fugas dos indivíduos avaliados no Instituto de Perícias, os presos provisórios (acautelados) e os presos em potencial para medida de segurança.

O cotidiano institucional alcança um nível de complexidade panóptica impressionante nos HCTPs se verificarmos o conteúdo das reuniões de equipe. O centro da instituição manicômio judiciário é o louco-criminoso, numa peculiaridade de atenção

assistencial totalmente voltada para o controle da vida do louco na instituição. A Enfermagem tem participação intercalada nas reuniões de equipes no decorrer do tempo analisado (2009-2013). Essa categoria profissional, contudo, marca sua presença na equipe técnica a partir do registro de solicitação de atualizações das prescrições médicas e nas descrições de suas ações profissionais junto aos internados. A Enfermagem torna-se um dos agentes de inspeção do louco-criminoso – se ele aceita docilmente a medicação prescrita, a higiene dos cuidados pessoais (banho, barba, troca de roupa), os procedimentos de exames clínicos ou cirúrgicos, a alimentação, o sono, as saídas assistidas, as relações interpessoais (principalmente, as ameaças e agressões em relação aos profissionais ou entre internados). Qualquer marca de resistência ou comportamentos agressivos é registrada por toda a equipe, para avaliação médica do internado, resultando em alterações medicamentosas ou SOS, uma espécie de administração autorizada de medicamentos ou doses extras, de acordo com a situação apresentada, de cunho controlador e de contenção química das emoções e das impulsividades na instituição.

Outra mudança institucional significativa também não abrangida pelo período investigado foi a transferência de pacientes dependentes químicos, denominados de forma generalizada de “pepezões” (CARRARA, 1998), do HCTPHH para o Centro de Tratamento de Dependência Química no Roberto de Medeiros em 2005 (ano de inauguração datada em decreto), atual Hospital Penal Psiquiátrico Penal Roberto de Medeiros. De longa data, esse personagem na Psiquiatria se caracteriza por provocar turbulências institucionais em função do traço de caráter manipulador e tripudiante das normas. Portanto, considerados “nocivos” ao tratamento em conjunto aos demais pacientes com transtornos e retardos mentais, pela influência pessoal e até maus-tratos aos demais institucionalizados. Significa dizer, que a instituição se salvaguardou das

confusões cotidianas previstas, fugas principalmente, ao limitar os perfis das populações de internados abrangidas pela atenção no HCTPHH.

Várias mudanças internas foram instauradas em função do objetivo de desinstitucionalização progressiva na área de saúde mental do sistema penitenciário a partir da gestão do psiquiatra Marcos Argolo<sup>130</sup>. O nosso objetivo era iniciar a análise de dados desde a minha entrada na instituição em 2007; contudo, a guarda de documentos numa instituição em transição, com contínuos remanejamentos de funcionários (aposentadoria, transferências, óbitos) e de setores internos (exclui ou modifica setores no *lay-out* institucional), acabaram prejudicando o alcance da pesquisa. A fundamentação documental abrangerá de 2009 a 2013, período de cruciais mudanças institucionais, até a extinção do HCTP. No entanto, os períodos planejados não contemplados com análise documental serão complementados a partir de relatos dos funcionários e observação da referida instituição em fechamento.

### 3.1. ECOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NAS GESTÕES ADMINISTRATIVAS DO HCTP HEITOR CARRILHO A PARTIR DE 2007

Conforme já situado no capítulo metodológico, é imperiosa a superação das pretensões de neutralidade e objetividade dos paradigmas positivistas clássicos na análise cartográfica. Decorrente dessa premissa, a controvérsia da influência da posição do pesquisador no campo da pesquisa e da relação com os sujeitos pesquisados nos efeitos de enriquecimento ou deturpação de dados restringe-se à análise de implicação

---

<sup>130</sup> Psiquiatra, Diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho em dois períodos: de 24/04/2007 a 22/09/2009 e de 14/03/2014 até a presente data do Instituto de Perícias Heitor Carrilho. Marcos José Relvas Argolo participou do processo de desinstitucionalização do Hospital Estadual Teixeira Brandão da Cidade do Carmo no Rio de Janeiro fechado em dezembro de 2003.

do pesquisador, considerando a impossibilidade de neutralizar a sua ação subjetiva em qualquer tipo de pesquisa.

Por isso iniciarei com a análise de minha implicação no processo da pesquisa. Psicóloga com experiência na saúde pública, ingresso na área jurídica concomitantemente, sem perder a ótica da atenção integral e a leitura institucionalista e transdisciplinar dos fenômenos institucionais. Meu ingresso na instituição é marcado pelo estranhamento na observação de uma instituição com alcance exemplar da função panóptica. O olhar que avalia os internados rastreia os comportamentos e subjetividades durante a custódia em prol do tratamento, perpassa e esquadrinha as condutas dos membros das várias equipes, conforme a configuração do poder disciplinar foucaultiano. A configuração do poder no HCTP forma uma rede incomensurável, perpassando todos os participantes da mesma. A vigilância se situa para além da gestão de horários, frequências ou sindicâncias (em casos de óbitos e fatos irregulares) – esse “olhar” se expande para a rede externa, por exemplo, se a defensora compareceu, discutiu ou não com as equipes.

Algumas questões cruciais surgem ao pousar o olhar numa estrutura manicomial, principalmente se vinculada ao judiciário: tratamos ou custodiamos? É possível tratar e custodiar ao mesmo tempo? Será possível ampliar o tratamento e reduzir a custódia? É possível abandonar a custódia para tratarmos? A ambiguidade de pertencimento é notória, a proposta de reforma é tentadora (a transformação é possível?), mas o olhar crítico de pesquisadora invade a prática de psicóloga no cuidado do denominado louco-criminoso produzido historicamente. Duas situações exemplificam a ambiguidade institucional: o tratamento entre gêneros nos HCTPs e a “tranca”. Pela observação da equipe ou denúncia de algum paciente (não é especificado na ata) chega-se ao tratamento diferenciado entre loucos-criminosos do gênero feminino ou masculino: ou

as mulheres não descem do Serviço de Internação Feminina (SIF) para o banho de sol, por decisões arbitrárias de ISAPs, ou são trancadas durante o banho de sol dos homens, mesmo em liberdade. Entretanto, pela institucionalização da “tranca”, nenhum internado desce para o banho de sol se o tempo está nublado ou é ponto facultativo no calendário, ou seja, criam-se critérios aleatórios frente aos direitos do(a) internado(a). São determinações criadas informalmente em detrimento às regras de saúde carcerária preconizadas, daí as atas denunciarem abusos e posturas dos ISAPs à direção. A “tranca” é uma palavra do meio custodial para significar o ato de isolar alguém justificado pela punição, autoproteção ou heteroproteção com duas formas de localização segundo atas: o “cavernão” (cela isolada do contingente, em estado bastante precário) e o “chapadão” (a cela individual com chapa de ferro, apenas com abertura para a entrada da comida e visualização).



FIGURA 18. O “chapadão” no Serviço de Internação Feminina, 2015.



De forma ambígua, a equipe naturaliza o ato de trancar, reconhecendo-o como forma tradicional de conter em momentos específicos numa instituição tipicamente prisional, de forma a não retirar a autoridade dos ISAPs. Os profissionais da segurança reproduzem práticas prisionais nos HCTPs, mesmo havendo debates da importância do treinamento para a função diferenciada nesses espaços prisionais<sup>131</sup>. Contudo, as equipes para evitar embates diretos diários, acompanham cada caso para evitar o exagero da permanência na tranca por muitos dias e garantir os cuidados essenciais à vida do internado (alimentação, banho de sol, tratamento).

Essa perplexidade profissional vivenciada produziu um enorme desejo de pesquisa desse objeto complexo a ser decodificado numa nova prática, refletido nas discussões em diversos congressos e na produção de artigos sobre a desinstitucionalização do HCTP Heitor Carrilho como uma ação inovadora para a sua extinção futura e – quem sabe? – a extinção dos demais manicômios judiciais no Rio de Janeiro (utopia?)<sup>132</sup>.

A dimensão da dinâmica institucional pode ser sintetizada em tensões internas entre mudanças instituintes, assimilações e acomodações dos atores participantes dos novos esquemas institucionais, extremamente dinâmicos, difíceis de serem contornadas por todos os funcionários. Inclusive, a minha entrada ocorreu no período de saídas de vários funcionários efetivos e contratados que não pactuavam com as mudanças propostas pelo gestor Marcos Argolo, descritas a seguir.

---

<sup>131</sup> Tânia Maria Dhamer Pereira. O guarda espera um tempo bom: a relação de custódia e o ofício dos inspetores penitenciários. Tese de Doutorado do Curso de Pós-graduação em Serviço Social na UFRJ, 2006.

<sup>132</sup> SANTOS, A.L.G.; FARIAS, F.R. Criação e extinção do primeiro manicômio judiciário do Brasil. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(3), 515-527, set. 2014.  
SANTOS, A.L.G.; FARIAS, F.R.; PINTO, D. S. Por uma sociedade sem Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. *Rev. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*: Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1215-1230.

Nesse contexto, apesar de a concepção de “trabalho em equipe” estar instaurada no HH, os profissionais ocupavam solitariamente as salas de atendimentos específicos (Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional), cada um na sua “caixinha” disciplinar. Visivelmente numa posição intitulada de serviços multidisciplinares<sup>133</sup>, em que partes do objeto observado (psicológica, social, etc...) são unidas para a composição do objeto total, no caso, o internado no HCTP em questão. Durante a vigência dessa gestão, a primeira providência tomada em relação aos técnicos foi agrupar todos os profissionais em sala única, denominada de “sala dos técnicos”, e a coletivizar as salas de atendimentos específicos, convertendo-as em espaços de atendimentos individuais e grupais de qualquer especialidade. A segunda medida atendeu às novas subdivisões entre as equipes, de acordo com situações jurídicas dos internados predominantes. Contudo, as contínuas redistribuições de novos internados entre as equipes terminaram por misturar algumas situações jurídicas posteriormente (ou seja, as equipes de internados para o cumprimento de medida de segurança continham também alguns desinternados). As equipes interdisciplinares foram montadas (médico, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeiro) e as reuniões periódicas eram monitoradas na existência institucional através de atas de reuniões de equipe e reuniões da direção com os representantes de cada equipe, originando o material de pesquisa para o desenvolvimento deste capítulo.

---

<sup>133</sup> A Multidisciplinabilidade envolve várias disciplinas, mas não necessariamente uma integração ou articulação entre as mesmas, enquanto na Interdisciplinabilidade a integração é o mote de funcionamento, com a horizontalidade presumida, os saberes não têm hierarquia de importância. Na transdisciplinabilidade a questão é tratada a partir de uma perspectiva plural, diálogos sem fronteiras entre saberes.

A terceira intervenção do gestor nas equipes foi a instalação de um projeto-piloto de técnico de referência<sup>134</sup> em saúde mental no HCTPHH, adotado pelas equipes de forma diferenciada<sup>135</sup>. A perda do espaço autônomo profissional (salas específicas segundo profissões), a proposta da perda da especificidade profissional na atuação prática (mais ampla) e a assunção de tarefas para atender todas as demandas de inserção dos pacientes numa lógica de rede de saúde mental soou inicialmente assustador, desconfortável aos antigos membros da instituição. Com exceção do médico e da Enfermagem, cada profissional, independente de sua formação, começa a ser responsável por um determinado número de pacientes que precisaria traçar um projeto terapêutico individualizado (singular)<sup>136</sup>, com atuação externa para explorar o potencial de reinserção do internado na comunidade de origem. Os médicos ficaram indisponíveis para as mudanças das atribuições tradicionais de medicalizar e montar laudos médicos. A participação dos médicos nas reuniões de equipes já era considerada um avanço, ainda bastante burlada. A perícia médica concretizava uma posição de melhor status para o médico na instituição, experiência agregadora de valores por gerar nova renda profissional em perícias cíveis particulares facilitadas pela experiência adquirida na instituição.

---

<sup>134</sup> Técnico de Referência é o profissional que tem a responsabilidade de monitoramento da execução do projeto terapêutico individual, contato com a família e avaliação das metas traçadas na atenção psicossocial (Ministério da Saúde, 2004)

<sup>135</sup> Na equipe de longa permanência, a adoção do técnico de referência foi integral, mas nas outras equipes os profissionais continuam atendendo nas suas especificidades de psicologia, T.O, assistente social a todos os internados, o que não deixa ser movimento de resistência ao processo de mudança ou uma interpretação possível de que a referência é a equipe e não o profissional da equipe (equipe de referência). Enquanto na primeira interpretação, cada técnico reúne todas as funções necessárias ao projeto terapêutico, na segunda cada profissional mantém a sua função dentro da equipe e continua sendo a referência para os assuntos de ordens específicas (psicológicas, sociais). Posteriormente, com as fusões das equipes, a primeira interpretação é que valerá (técnico de referência) e continuaram leves resistências (busca de funções complementares necessárias, mas não vinculadas ao efetivo trabalho de reinserção) persistindo em alguns membros da equipe.

<sup>136</sup> O projeto terapêutico se constitui de propostas articuladas, construídas a partir da escuta da pessoa atendida e da construção dos vínculos. É resultado de discussões em equipe e reuniões intersetoriais (GT), elaborado em diversos níveis de atenção e setores que auxiliam no direcionamento das ações, garantindo ações coerentes e flexíveis.

Independente dos projetos anteriores das equipes, iniciava-se um trabalho intersetorial em rede para a execução dos novos objetivos traçados a partir da nova perspectiva dos exercícios profissionais no HCTP Heitor Carrilho. A compreensão da proposta e o envolvimento técnico nas tarefas foram difíceis e geraram conflitos, resolvidos a partir da transferência de técnicos, por iniciativa do gestor ou dos funcionários, que recebiam ofícios formais para seus reencaminhamentos às respectivas coordenações de profissionais da SEAP. A permanência e/ou a entrada dos funcionários que se disponibilizaram para as novas ações em percurso ficaram condicionadas a decisões dos gestores.

Seria necessário sair da posição confortável da atuação interna de atendimentos individuais ou grupais (oficinas, festas) e começar a implantar atuações cada vez mais externas na formação de uma rede psicossocial já previamente existente, mas tênue, resistente à recepção dos loucos-criminosos pelo simbolismo da periculosidade diferenciada dos “loucos não criminosos”. Não raro eram as apresentações de um mesmo caso em vários CAPS, um serviço deslocava o caso para outro a partir da possibilidade de remeter o caso a outro território<sup>137</sup> na circunstância de familiares em outros territórios ou do paciente ter residido em outros espaços. Em parte, dependia da perplexidade dos serviços frente à gravidade do crime cometido – quanto mais grave, maior a rejeição da atenção especializada. Invertia-se a ordem do cuidado, em que o crime se tornava figura em evidência, desconsiderando-se o crime como o fundo escamoteador da pessoa em sofrimento. Ou seja, a tipologia do crime era levada mais em conta na assunção do caso pelo CAPS do que a pessoa em surto na ocasião do crime, em nome do risco ao serviço ou a outros pacientes/clientes/usuários. Era comum,

---

<sup>137</sup> A inserção nos CAPS obedece a noção de territorialidade que não se refere somente à dimensão concreta, mas política e afetiva como o sentimento de pertencimento. Na prática, constituem-se os locais de residências passadas ou proximidade dos membros da família da pessoa a ser reinserida.

na reunião seguinte, a equipe do CAPS demonstrar uma territorialidade diferente, remetendo, portanto, o técnico a apresentar o caso no novo serviço indicado, claramente pontuado nas pautas de reunião de equipe com indignação dos técnicos envolvidos. O constante remanejamento dos casos e a insistência da equipe na busca de soluções em cada caso seguem como marca da luta iniciada pela reinserção. As estratégias seguidas pelas equipes vão desde as mudanças de territorialização para a inserção do paciente (o paciente do centro da cidade é deslocado para o serviço mais próximo de outra área programática), até a assunção da desterritorialização definitiva de alguns casos em que não havia mais laços familiares, apenas uma história pregressa muito remota de territorialialidade em casos de migração na infância ou adolescência. As mudanças de territorialidade seguiam desde o local de nascimento, os endereços do desinternado e sua família, até o CAPS mais próximo da região do HCTPHH, pois o serviço mais próximo é hospital-dia estadual Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro. O CPRJ não possui identidade com as funções dos CAPS, nem tem direito à residência terapêutica (SRT), dificultando todo o trabalho realizado com os desinternados referenciados à Área Programática de Saúde do Centro e Adjacências do Rio de Janeiro (denominada de AP1.0). Equipes levantam o questionamento a respeito de haver mesmo a proposta de “desins” nesse órgão estadual e sobre a necessidade de equipes de seguimento para averiguação do estado dos pacientes em moradia assistida (atas 17/09/12; 03/12/12).

Na verdade, grande parte dos desinternados transita entre territórios pela peculiaridade da clientela, meio nômade na sua existência (moradores de rua, andarilhos, migrantes), trafegam sem destino determinado e definitivo, com delicado caminho de volta pela fragilidade ou rompimento dos vínculos familiares antes e/ou depois do delito. São populações empobrecidas, empurradas rumo à exclusão que, somada à “loucura”, ora se configuram como custos ao Estado, com a necessidade de

políticas sociais para a área de Desenvolvimento Social, ora são consideradas riscos para a segurança alheia e caem no abismo das Instituições Totais Prisionais. Numa sequência elementar, seguem trajetórias institucionalizadas, salvo exceções: da casa às ruas ou aos abrigos, rumo às instituições sócio-educativas e, por último, às instituições prisionais, incluindo os HCTPs. Essas Instituições Totais são comparadas aos campos de concentração pelo encarceramento compulsório de pobres e pela ocorrência silenciosa de extermínio gradual, resultando em genocídios ocultados e justificados pela transfiguração da exclusão social em particularidade patológica de indivíduos no contexto brasileiro (BURSZTYN, 2000).

A publicação do único censo interno realizado aponta que a população do contingente do HCTPHH em dezembro de 2007 (n=177) era preferencialmente masculina (80%), solteira (72%), faixa etária de 30-39 anos de idade (34%), de baixa escolaridade (69%), inativa (56%) e a maioria com passado de tratamento psiquiátrico prévio (71%) (GARBAYO & ARGOLO, 2008).

Figura 19. Distribuição etária dos internados no HCTPHH em dezembro de 2007.

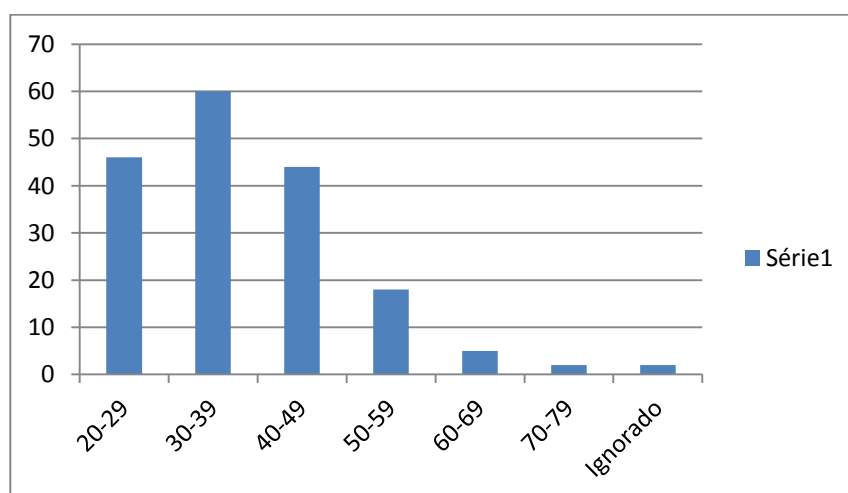


Figura 20. Situação Laborativa dos internados no HCTPHH em dezembro de 2007.

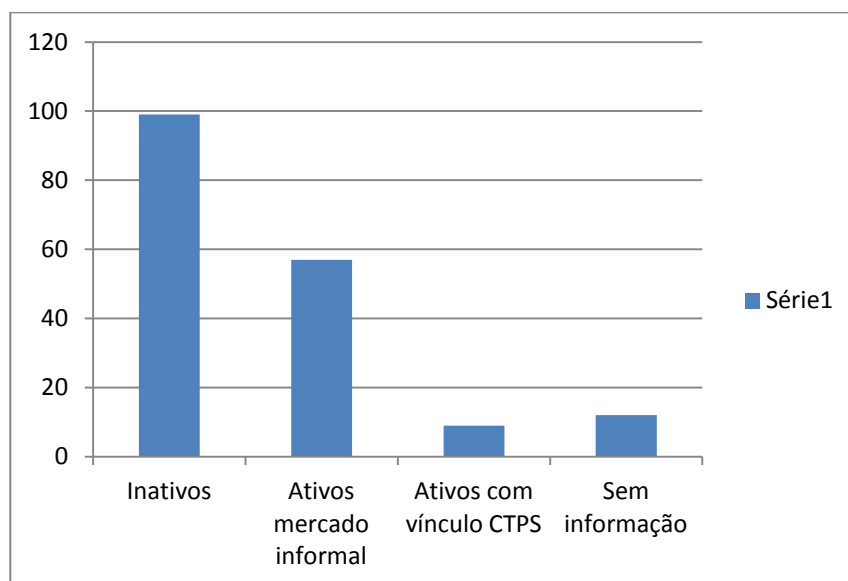
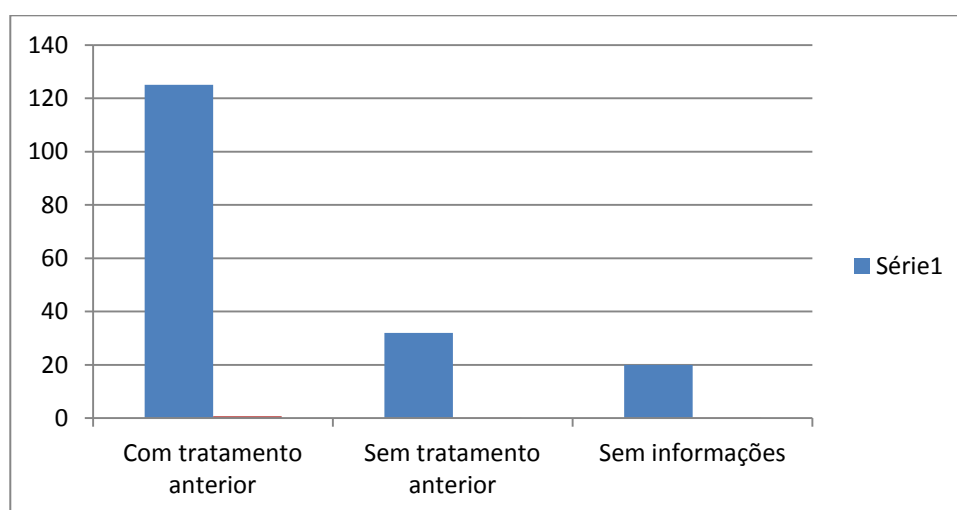


Figura 21. Histórico de tratamento psiquiátrico nos internados do HCTPHH em 2007.



A população custodiada foi dividida a partir de atributos produzidos para as subdivisões das equipes. A equipe de acautelados até setembro de 2009 era composta por profissionais das áreas de Enfermagem, Psiquiatria e Direito (ISAP), tendo o último profissional sido encaminhado para funções administrativas, com ingresso de uma

assistente social durante o período de gestão do José Augusto Viega Martins<sup>138</sup>. A formação da equipe de longa permanência foi destacada pelo cuidado em formular critérios que a diferenciaria: pacientes internados até 1999 (oito anos de permanência institucional), ausência de referência familiar ou suporte social e os pacientes em processo de desinternação. As propostas eram específicas em cada equipe e os acautelados eram acompanhados até a definição de medida de segurança como sentença; o destino era uma das equipes, de acordo com o quantitativo total de cada uma delas.

Por sua vez, os internados de longa permanência necessitavam de várias ações conjuntas para restaurar o estado de cidadania, ou seja, a garantia do cumprimento e gozo dos direitos civis, políticos e sociais após o longo período de internação no HCTP. Por meio de retirada e regularização da documentação, passavam a existir como cidadãos novamente, passíveis de direitos, como o Benefício de Prestação Continuada<sup>139</sup> (ainda na instituição) e o Programa de Volta para Casa<sup>140</sup> (após a saída para a família ou Serviço Residencial Terapêutico<sup>141</sup> junto ao CAPS de referência<sup>142</sup>) no

---

<sup>138</sup> José Augusto Viega Martins foi Diretor do HCTPHH no período de setembro de 2009 a fevereiro de 2010.

<sup>139</sup> O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito garantido pela Constituição Federal de 1990, regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei n.8.742, de 07 de dezembro de 1993. Consiste no pagamento mensal de um salário mínimo aos idosos com mais de 65 anos de idade e às pessoas portadoras de deficiência, de qualquer idade, com renda per capita inferior a 1/4 de salário mínimo.

<sup>140</sup> O Programa de Volta para Casa (PVC) é um direito garantido pela Lei Federal n. 10.708 de 31 de julho de 2003, Portaria n.2077/GM e a Portaria m.2078/GM, ambas de 31 de outubro de 2003. Consiste no pagamento mensal de um auxílio-reabilitação psicossocial de quatrocentos e doze reais, com duração de um ano, renovável a pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações por um período ininterrupto igual ou superior a dois anos de internação psiquiátrica; abrange os HCTP. Tem por base o modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária, os Centros de Atenção Psicossociais.

<sup>141</sup> Serviço Residencial Terapêutico (SRT) regulamentado pela Portaria n.106/MS, de 11 de fevereiro de 2000, tratam-se de moradias ou casas inseridas na comunidade, preferencialmente, destinadas ao cuidado dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social ou laços familiares que viabilizem sua inserção social. Inclui também abrigos e moradias assistidas por equipes de seguimento.

<sup>142</sup> Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Composto por equipe multiprofissional acolhe por demanda espontânea ou encaminhamentos (unidade de saúde básica ou especializada, a assistência social ou ordem judicial). Há dois tipos de unidades especializadas, o CAPSi



reingresso na sociedade. Outro benefício utilizado na reinserção foi o “Bolsa Família”<sup>143</sup> nos casos em que não conseguiram obter o BPC após o cadastramento do número do cadastro único de assistência social, o NIS (ata 04/03/13).

A gerência dos benefícios na instituição passou por um funcionário gestor dos recursos financeiros e a subdireção da instituição. Inicialmente, utilizado um cofre e depois a abertura de poupança individual, sendo o cofre utilizado somente para as “semanadas” durante o mês corrente (atas 11/04/11; 10/10/11).

Outro passo concomitante da reinserção é a busca ativa de familiares, que consiste na escuta clínica e anotação de endereços das lembranças pessoais, que poderiam acontecer em qualquer tipo de atenção envolvendo todas as equipes. Incluem também saídas com o paciente para reconhecimento do território lembrado, telefonemas para a família encontrada e visitas domiciliares. Os dados fantasiosos ou não eram checados com a finalidade de reconstruir a história da pessoa e resgatar antigos contatos familiares. Para a continuidade do tratamento após a obtenção da inserção, ocorriam visitas frequentes aos CAPS de referência do internado para novas vinculações com o serviço substitutivo.

O trabalho contínuo, planejado e sensível dos técnicos demonstrou na prática a possibilidade, de reatar vínculos frágeis ou perdidos através do retorno, da aproximação ou até do acompanhamento familiar em moradia externa assistida pelo CAPS ou residência terapêutica, excetuando-se os casos mais graves de delito intrafamiliar ou de pessoas próximas às famílias. No caso do rompimento total com o vínculo familiar ou laços inexistentes procedia-se a busca da reinserção em dispositivos de proteção social

---

para crianças e adolescentes e o CAPSad, no caso de uso prejudicial de álcool e outras drogas. Estão situados segundo blocos de grandes áreas programáticas (AP), cada uma engloba vários bairros.

<sup>143</sup> Bolsa-família - tem direito famílias com renda mensal de até setenta reais por pessoa; famílias com renda entre setenta reais a cento e cinquenta e quatro reais por pessoa que tenham na composição gestantes, nutrizes, crianças e adolescentes; famílias que tenham renda zero a cento e cinquenta e quatro reais com a composição de adolescentes.

(abrigos, residência terapêutica, moradia assistida), a partir de negociações de reinserções com a rede de saúde mental previamente existente junto ao contingente de “loucos-não criminosos”. As pactuações eram realizadas nos Grupos de Trabalho (GT), encontros mensais em hospitais da rede de saúde mental com a finalidade de compartilhar responsabilidades com os parceiros (CAPS, Consultórios de Rua, entre outros participantes engajados em cada caso).

Durante o período de 2007-2009, observam-se algumas atividades internas com grande participação internados e desinternados: 1) Saída para o cinema externo junto aos técnicos do HCTP, cuja atividade cessou por fugas de internados quando se dirigiam desacompanhados ao banheiro, o que lhe rendeu o apelido de “cine-alvará”; 2) O coral de uma comunidade religiosa com apresentações nas festas da instituição; 3) O Teatro do Oprimido, com várias apresentações externas à instituição, levando a ótica do internado sobre o cotidiano institucional e suas preocupações, como o medo da morte na instituição durante as internações, muito frequente nas apresentações dos eventos em geral<sup>144</sup>; 4) O grupo de Musicoterapia e, posteriormente, com o mesmo musicoterapeuta voluntário, o trabalho de compostagem uma técnica para reciclagem de lixo orgânico e subsequente transformação em húmus, matéria-prima de fertilização de hortas, jardins e plantações agrícolas. E ainda as oficinas institucionais pré-existentes: de culinária e de bijuterias das Terapeutas Ocupacionais, a Oficina de Notícias da Psicologia e da Enfermagem, entre outras atividades. Algumas oficinas internas foram mantidas, outras se extinguíram pela mudança de investimento das atividades. As festas institucionais, particularmente as “caipiras” e as natalinas, elaboradas com brindes, brincadeiras,

---

<sup>144</sup> Apresentações externas do Teatro do Oprimido realizado no HCTPHH por profissionais voluntários: 1) II Fórum Internacional de Saúde Mental, Saúde Coletiva e Direitos Humanos”, realizado em 24 de Maio de 2008 na UERJ. 2) Seminário "Loucura e Crime – Internação Manicomial e Direitos Humanos" na Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, em Junho de 2009. 3) Dia Mundial da Saúde, na Praça da Cinelândia/RJ, no dia 7 de Abril de 2009. 4) Seminário "A Execução da Medida de Segurança: Uma Visão Multidisciplinar" no Ministério Público do Rio de Janeiro, em Agosto de 2009.

comidas e roupas típicas, o karaokê, atividades apreciadas e de grande participação pelos internados durante todo o período do HCTP nos espaços abertos ou fechados para as festas (figuras 22 e 23). A partir de 2009, marcam-se os eventos internos (festas, exposições) e os passeios externos, conforme as atas de reuniões.



Figura 22 – Quadra esportiva no HCTP Heitor Carrilho



Figura 23 – Pátio coberto no HCTP Heitor Carrilho

## QUADRO 5. EVENTOS NO HCTPHH NO PERÍODO DE 2009-2013

2009	Concursos de cartões de natal da Santa Cabrini <sup>145</sup>
2010	Exposição Itinerante “O Império e a República” do Museu Histórico Nacional <sup>146</sup>  Passeio a Paquetá
2011	Oficina de Yoga com as internadas  Roda de samba no CAPS Clarice Lispector  Passeio na praia do Forte na Urca em ônibus da UNIRIO  Curso no Banco da Providência para egressos alfabetizados <sup>147</sup>  Projeto identificando cidadão da SEAP para documentação <sup>148</sup>
2012	Exposição de fotografia de egressos do sistema penitenciário no Banco Central <sup>149</sup>  Passeio ao Jardim Botânico  Passeio ao Zoológico
2013	Passeio ao Corcovado

<sup>145</sup>A Fundação Santa Cabrini gere o trabalho remunerado e organiza atividades culturais, educacionais e artísticas formais na SEAP-RJ. Criada em 1977, o nome ressalta a única Santa da Igreja Católica Carioca; em vida foi fundadora do Colégio Regina Coeli na Tijuca, mantido pela congregação específica. Funciona no endereço Largo do Machado, 48, 2º andar, Rio de Janeiro (RJ). Fundação Santa Cabrini - Gestora do trabalho prisional. Disponível em: <http://www.santacabrini.rj.gov.br/>. Acesso em 28/05/2016).

<sup>146</sup>Em convênio com a SEAP, o projeto objetivou levar história nacional por meio de exposição itinerante aos presídios, aproximando o museu dos segmentos sociais menos privilegiados. Foi realizada no HCTP Heitor Carrilho no período de 18/05 a 23/05/2010, parte integrante da 8ª Semana Nacional de Museus.

<sup>147</sup>O Banco da Providência foi criado por Dom Hélder Câmara para população em situação de vulnerabilidade social. Um dos projetos institucionais constitui-se como “Formação para egressos do sistema penal”, abrange a população de egressos do sistema penitenciário em liberdade condicional, prisão albergue domiciliar/monitorado e prisão em regime aberto. Funciona no endereço Rua dos Arcos, 54, Lapa, Rio de Janeiro (RJ).

<sup>148</sup>Projeto da Coordenação do Serviço Social da SEAP-RJ cujo objetivo é garantir o acesso aos direitos sociais dos presos e familiares por meio da documentação civil: 2ª via de certidão de nascimento/casamento, 1ª ou 2ª via da carteira de identidade, carteira de trabalho e previdência social.

<sup>149</sup>Exposição “Expressões da alma através da arte” no Espaço Cultural do Banco Central, abertura em 23 de julho de 2012. Obras pintadas em oficina de artes plásticas no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo e fotografias de outros espaços institucionais do sistema prisional.

Continuavam as oficinas terapêuticas internas à instituição, mas o declínio posterior seria inevitável, em virtude da demanda principal ser a reinserção psicossocial, resultando em saídas com os pacientes, conforme os passeios demonstrados na última tabela, e reuniões com os aliados na reinserção, cartografadas nos próximos itens da tese. O campo externo passa a ser privilegiado, em detrimento do campo institucional interno, gerando uma espécie de aparente abandono e ociosidade no cotidiano institucional.

A saída terapêutica assistida, durante o período de internação em HCTP, é prevista no artigo 12 da Resolução nº 5 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária<sup>150</sup>, pautada com a finalidade de aproximações progressivas junto à família e à sociedade novamente. Era uma prática antes inexistente na medida de segurança, pois a tendência era não desinternar o louco-criminoso, muito menos deixar o internado sair antes do período de desinternação, por condicioná-la à imediata reinserção na família como única prerrogativa judiciária da liberdade do louco-criminoso. A saída terapêutica foi a solicitação das equipes mais aceita pela perícia e o juiz durante o período pesquisado. Se necessário, há a suspensão a qualquer momento e retomada pela própria equipe, não necessitando de interferência judicial. Outra justificativa da sua utilidade é o desimpedimento do internado na participação de eventos externos sem o acompanhamento do serviço de transporte de presos da SEAP-RJ em transferências de unidades prisionais (SOE), em apresentação às audiências judiciais e consultas nos serviços médicos do SUS.

A estratégia de acompanhamento do internado em audiências de desinternação foi a oportunidade de troca direta com os setores responsáveis pela permanência

---

<sup>150</sup> RESOLUÇÃO N.º 05, de 04 de maio de 2004 Dispõe a respeito das Diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à previsão contida na Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001.

institucional, a Vara de Execuções Penais e a Defensoria Pública. Durante o período de internação, as equipes acompanham o internado até a avaliação de que possa haver a cessação de periculosidade pelos peritos. O pedido de desinternação é realizado a fim de que a perícia realize o exame de verificação da cessação de periculosidade que, *a priori*, poderia ser antes do prazo mínimo determinado pelo juiz, embora haja discordâncias entre profissionais da Vara de Execuções Penais e as equipes dos HCTP. Os juízes, os promotores e os defensores participavam cada vez mais ativamente, assimilando um vocabulário próprio da saúde mental: projeto terapêutico, saídas terapêuticas assistidas, residência terapêutica, CAPS, entre outros, expressões que passam a ter sentido e se incorporam ao vocabulário jurídico, verificado nos ofícios recebidos durante todo o período investigado (a partir de 2007) no HCTPHH com as indagações descritas em ofícios: Qual o projeto terapêutico do paciente? Há previsão de residências terapêuticas? Os técnicos são chamados à participação oficial do processo de desinternação através de ofício de convocação das audiências. O aparelho judiciário estreitou cada vez mais o diálogo com os HCTPs do Rio de Janeiro e dispensou mais atenção e participação no processo de desinstitucionalização. Inclusive, disponibilizou a assessoria jurídica de um Defensor Público para atendimento no HCTPHH a fim de acompanhar os bloqueios nos processos e acelerar desinternações. A Vara de Execuções Penais questiona o destino final dos albergados: com a desinternação a SEAP será obrigada a mantê-los? Então, por que desinterná-los? Justificávamos que os internados perderiam a vaga em SRT pelo longo período de espera das audiências, pois o objetivo era aguardar a vaga para SRT no HCTPHH. Após um período de experiência com HH, uma postura mais conservadora da VEP se reinstala – só se desinterna na condição de local de reinserção prévia em relatório, fato caracterizador de um recuo judiciário frente aos avanços obtidos nessa experiência. Afinal, não existe prisão perpétua no Brasil, mas a medida de

segurança acaba legitimando-a, inocentando-a de suas consequências malévolas. Ressalte-se a demora nas audiências de desinternação (ata 23/11/2009), visto que o juiz aguarda notícias de novas vagas em dispositivos de Saúde Mental, os denominados serviços residenciais terapêuticos (SRT).

As repercussões judiciais das ações técnicas e da direção culminam em pedidos do judiciário: a promotoria da Vara de Execuções Penais demanda lista de pacientes idosos e “deficientes” (inclui transtornos mentais) em situação de abandono, iniciando-se o período das curatelas dos internados sem vínculos familiares (ata dia 19/10/2009; 20/09/10). A situação da Tutoria do Rio de Janeiro<sup>151</sup> é crítica e inviável do ponto de vista prático, pois um tutor é responsável por mais de oitocentas pessoas, tornando quase impossível a representação das necessidades de cada caso. Na prática, a assistência dos técnicos de referências na resolução dos atos cotidianos de cada curatelado é fundamental para evitar perdas ou resoluções incorretas por parte da Tutoria Judicial. Há doações de objetos familiares sem consulta prévia, compra e venda de apartamento sem qualquer participação do interditando, além do arrolamento de dívidas não pagas, até completa perda dos bens por dificuldades de controles institucionais ou malversação das funções públicas, segundo equipes.

Após contínuas mudanças dos defensores públicos designados pela VEP ao HCTPHH, uma defensora em especial, Silvia Maria de Sequeira (ata 19/07/2010), mais afinada com a causa da desinstitucionalização, iniciou a decodificação na lei jurídica às problemáticas dos internados em HCTPs no Fórum-RJ, promovendo eventos, artigos e

---

<sup>151</sup> A interdição promovida pelo Ministério Público é realizada nos casos de transtorno mental grave, deficientes mentais, desenvolvimento mental incompleto, ébrios habituais, dependentes químicos incapazes mentalmente. Há uma audiência de curatela, na qual o juiz interroga o interditando a fim de ajuizar seu estado mental e nomeia perito para proceder a exame mental e laudo para interdição. Caso não haja representante familiar, nomeia tutor judicial.

manual para outros defensores<sup>152</sup>. A profissional se disponibilizou durante todo o processo de desinternação até o HH se tornar uma instituição de albergamento; a última ação se destinou à certidão tardia com finalidade de documentação geral dos albergados. Desvinculou-se pelo esgotamento de suas funções, segundo as diretrizes da VEP; em seguida, os internados sem previsão de cessação de periculosidade foram transferidos para o Henrique Roxo e o Roberto Medeiros. De acordo com as funções previamente estabelecidas, as duas instituições já foram explicadas na apresentação e serão posteriormente retomadas na última parte deste capítulo sobre as reestruturações.

Todos eram cidadãos livres, mas ainda encarcerados compulsoriamente, de forma sutil, sob a lógica da proteção e da assistência, fato percebido pelos desinternados que protestavam insistentemente contra essa nova situação, pois queriam sair da instituição, retomar a liberdade concedida judicialmente. Foi necessária a criação de novas regras institucionais para conter a ânsia de liberdade, mesmo sem destinação social clara, na medida em que uma parte dos pacientes era de andarilhos ou sem-teto, antes da internação prisional. Criaram-se novos procedimentos institucionais, tais como o controle de saídas assistidas autorizadas pelos técnicos das equipes, por meio de fichas individuais contendo horários de entrada e saída, nome do responsável pela autorização da saída terapêutica assistida, com o técnico ou de forma autônoma.

Essa liberdade vigiada após a desinternação era levantada internamente na nova relação entre a instituição e os “abrigados”. Em função disso, a expansão das parcerias (CAPS, Secretarias municipais e estaduais) para uma rápida reinserção nos dispositivos comunitários (SRT, abrigos, moradias assistidas) se fazia necessária para se

---

<sup>152</sup> SEQUEIRA, S. M. de . Medida de segurança. In: Ideias para a construção de uma Execução Penal Democrática, n.1, 2010. NUSPEN – Núcleo do Sistema Penitenciário.



concretizarem os novos objetivos institucionais o mais rápido possível, o fechamento do abrigo.

Alguns recursos utilizados provinham de projetos internos de Tânia Kolker<sup>153</sup> financiados com recursos do Ministério da Saúde. Durante o período pesquisado, os projetos acrescentam novidades, a “Bolsa Desintitucionalização” e os “Acompanhantes Terapêuticos” (atas 29/10/09; 30/12/09; 30/12/09; 21/12/09; 11/01/11; 31/01/11; 09/05/11). A proposta consistia de um auxílio mensal para alguns internos selecionados, sem recursos financeiros e com documentação, a partir de dois objetivos: auxiliar na saída definitiva ou nas saídas terapêuticas assistidas no HCTP, além do fornecimento de acompanhantes terapêuticos (AT) para auxiliar as equipes nas saídas diárias para resolução das situações dos desinternados ou, meramente, saídas assistidas com a finalidade de lazer. Contudo, duas dificuldades ocorreram para os repasses de verbas à população-alvo do projeto e aos recursos humanos contratados (estagiários, residentes) que prejudicaram os objetivos traçados em ações paulatinas e contínuas da desinstitucionalização. Com o atraso de repasse das verbas do Ministério por parte da SEAP, a parcela mensal das bolsas dos internados se transformou no valor total da verba com necessidades de gastos imediatos com o internado para prestação de contas, fato que desvirtuou as finalidades originais e a execução do projeto. Associado ao primeiro problema, o atraso de pagamentos dos bolsistas gerou saídas precoces de

---

<sup>153</sup> Médica aposentada da SEAP. Atuou como consultora da área técnica de saúde no Sistema Penitenciário no Ministério da Saúde. O projeto citado nas atas ocorreu no período de 2008-2009 – Estudos para a Reabilitação e Reinserção Social de pacientes internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Outro projeto citado nas atas a partir de 2012 – Monitoramento da situação de usuários de álcool e outras drogas internados em HCTPs ou estabelecimentos prisionais – inclui a construção de projeto piloto voltado para a desinstitucionalização e reinserção social dos usuários de drogas autores de delitos e demais pacientes internados em HCTPs, na perspectiva da intersectorialidade (LATTES, 2013).

profissionais contratados, mais uma situação que desencadeou queda nas expectativas e desânimo da equipe a respeito dos financiamentos para o desenvolvimento dos projetos internos.

Outra crítica das equipes aos projetos internos implantados é a autoria da metodologia de desinstitucionalização apresentada nos eventos públicos como resultados dos projetos de pesquisas da referida pesquisadora, ou seja, uma apropriação indébita do trabalho, sem autorização de divulgação ou participação dos verdadeiros autores do processo (os técnicos) ou da direção institucional do Heitor Carrilho. Cabe ressaltar que não há verbas extras da SEAP ou de qualquer outro órgão no trabalho desenvolvido desde o início da desinstitucionalização no HCTPHH, apenas colaborações pontuais de parcerias que se construíram no caminho do processo. A contribuição extra da SEAP foi a cessão de carros para deslocamentos dos técnicos, no período da constituição da equipe de longa permanência, recurso indispensável ao trabalho de articulações com os atores da rede em construção.

As inúmeras reuniões (quantidade não especificada em ata) entre as equipes do HCTP Heitor Carrilho e os representantes técnicos (os supervisores técnicos) das áreas de Saúde Mental das Secretarias Municipal e Estadual do Rio de Janeiro demonstraram articulações cada vez mais ampliadas (ata 26/07/10). As atividades externas de formação de rede psicossocial consistiam na participação das equipes nos espaços já celebrados na saúde mental, os denominados Grupos de Trabalho (GT) de desinstitucionalização para discussão da inserção dos casos em saúde mental, além de reuniões em outros espaços com atores coadjuvantes das situações implicadas na justiça (a Vara de Execuções Penais, o Conselho Nacional de Justiça) e na assistência social (CRAS, CREAS).

Dentre as articulações, a seguir nos deteremos no material de memória compartilhada pelo CNJ junto ao HCTP Heitor Carrilho, um material ordenado nas principais discussões e encaminhado por e-mail aos participantes para desdobramentos e reflexões continuadas a cada reunião.

O Conselho Nacional de Justiça nas visitas técnicas aos HCTPs do Brasil marcou sucessivas reuniões com os membros da instituição no ano de 2012. As memórias compartilhadas por e-mail entre o CNJ e os participantes das discussões são dos seguintes dias: 06/03/2012; 27/03/2012; 28/03/12; 24/04/2012; 15/07/2012; 19/07/2012; 29/03/2012; 04/09/2012. Em dois dias ocorreu apenas o envio de anexos, respectivamente, o protocolo e o termo de cooperação técnica<sup>154</sup> realizado pelos HCTPs do Rio de Janeiro (ambos em anexo); e o planejamento do evento Saúde Mental e Lei: os desafios da implantação da Lei 10.216/01 no Brasil, a seguir explicados. Ocorreram duas reuniões anteriores à primeira indicada, sem a presença dos membros do HCTPHH, não havendo, porém, compartilhamento das memórias por e-mail, não sendo, por isso, analisadas. Pontuar as discussões desenvolvidas nas reuniões será de grande valia na compreensão do ponto de vista de um judiciário mais afinado às mudanças antimanicomiais que contrasta com a Vara de Execuções Penais (VEP), responsável pelas audiências de desinternações dos loucos-criminosos, vinculada à tradição jurídico-psiquiátrica positivista centrada na cessação de periculosidade avaliada pelo perito psiquiatra.

A primeira memória compartilhada por e-mail foi de uma reunião sem os membros dos HCTP composta por juízes, promotores, Ministério Público e

---

<sup>154</sup>Cooperação entre órgãos do judiciário (CNJ, Defensoria Pública, Ministério Público, OAB, instâncias governamentais (Governador e Prefeito), Conselhos profissionais do Rio de Janeiro (Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Odontologia, Psicologia, Serviço Social), níveis de atenção em Saúde Mental (Estadual e Municipal).

representante do Conselho Penitenciário do Rio de Janeiro. As discussões dessa reunião acompanharam a situação dos manicômios e dos pacientes judiciários, tendo em vista a previsão de mutirão de medidas de segurança, na visão do CNJ, um meio de auxiliar na aceleração do processo de desinternação. Uma percepção simplista do verdadeiro calcanhar de Aquiles da medida de segurança - a cessação de periculosidade em mãos exclusivas dos peritos psiquiatras. Não adianta os setores jurídicos acelerarem os processos, é necessário o perito psiquiatra dar o aval para a desinternação no atual modelo de perícia; e, dependendo do entendimento do juiz, ainda prevalece a legitimidade do laudo do psiquiatra, cuja análise é pontual, em detrimento do acompanhamento diário das equipes durante a internação. Para situar o panorama dos HCTPs do Rio de Janeiro, o CNJ sugere censo que revele as situações de desinternação: origem geográfica, lista de espera de vagas para cumprir medida de segurança, ausência de vínculos familiares, condenações à pena privativa de liberdade (PPL) e medida de segurança (MS) concomitantemente com a finalidade de unificação. As ênfases nas reuniões do CNJ são as estratégias de fechamento da porta de entrada e a abertura da porta de saída dos HCTPs. Em busca de estratégias de fechamento da porta de entrada dos HCTPs, é necessária a colaboração na construção de uma rede de atenção e atendimento municipal e estadual de saúde, tornando-se essencial a participação dos atores responsáveis nas reuniões. Outras duas estratégias apontadas são: uma equipe técnica de apoio ao juiz, desde o inquérito policial até a definição jurídica, e um programa de prevenção à saúde mental do preso no sistema prisional. Quanto à abertura da porta de saída, propõe-se a verificação dos casos de desinternação ou modulação da medida já aplicada (os mutirões carcerários), uma perícia com equipe multidisciplinar, além da construção de residências terapêuticas a partir da interlocução entre os Ministérios da Saúde, da Justiça e do Desenvolvimento Social. A figura do tutor judicial

é ressaltada pelos bens dos atingidos pela medida de segurança, o resgate/reestabelecimento dos vínculos familiares entra no bojo das ações de reinserção. No planejamento do CNJ, o final dos encontros seria coroado com o seminário sobre saúde mental, assistência e Lei no Rio de Janeiro.

A segunda reunião, em 27/03/2012, há a participação dos agentes convidados previstos, Diretores e equipes dos HCTPs, representantes do município e do Estado, além de representantes do setor judiciário de praxe já citados. A necessidade de criar rede de apoio ao paciente prestes a receber alta ou em situação asilar é ilustrada com o PAI-PJ, experiência inovadora de Minas Gerais. No caso do HCTPHH, havia 68 pacientes com modulação ou alta, sendo 42 do município do Rio de Janeiro e 26 dos outros municípios do Estado (total diferente é apresentado na ata da próxima reunião); ressaltam-se as dificuldades de abertura de SRT em ano eleitoral. A promotora Anabelle Macedo Silva, titular da 3ª Promotoria de Justiça de Tutela Coletiva da Saúde da Capital<sup>155</sup>, comunicou o início de uma série de reuniões para tratar das condições e da desinstitucionalização do HCTPHH, pressupondo um investimento judicial progressivo à causa. Propõe-se rever um protocolo de fluxos de atividades junto ao paciente da internação à desinternação nos HCTPs, levado por Marcos Argôlo, e no próximo encontro apresentar uma versão final a ser implementada.

Na terceira reunião, em 29/03/12, reconheceu-se a diferença entre os mutirões carcerários comuns e dos HCTPs, este último envolvendo decisões técnicas mais centralizadas e específicas. O Juiz Luciano André Losekann do CNJ anunciou que o Brasil seria denunciado na Corte Interamericana dos Direitos Humanos por conta dos pacientes judiciários. Preconizou-se o tratamento em meio aberto em vez da internação,

---

<sup>155</sup> Rua Nilo Peçanha, nº 26, 10º andar, Castelo, Centro, Rio de Janeiro (RJ), CEP.20020-905, tel.2222-5194.

na medida do possível; citaram-se o PAI-PJ e o PAILI em Goiás e na Bahia, estado em que já se instalou uma equipe de apoio ao juiz já no inquérito, em consonância com a recomendação n.35 do CNJ. As equipes dos HCTPs do Rio de Janeiro ressaltaram que a determinação para tratamento ambulatorial depende muito mais da justiça, até porque as próprias famílias forçam a internação manicomial. As discussões retomaram a importância do laudo não ser apenas sintomático, mas de se levantar o histórico do paciente, seu tratamento, as técnicas usadas nos atendimentos etc. A Diretora Tânia Dhamer ressaltou que o HCTPHH não deveria permanecer ligado à SEAP, havendo a reivindicação de retorno desse manicômio à rede de saúde. Foram instaurados dois inquéritos civis públicos pela promotora Anabella, um para acompanhar a desinstitucionalização dos pacientes do HH, outro para fiscalizar convênio da SEAP no financiamento do projeto de apoio de reinserção social.

A reunião do dia 24/04/2012 acrescentou a comunicação de encontros na Defensoria Pública do Rio de Janeiro para discutir a avaliação da conduta do paciente no momento dos fatos considerados “delitos” com a possibilidade de encaminhamento para os CAPS. O Juiz do CNJ sinalizou a necessidade de realização de um manual<sup>156</sup> para orientação aos CAPS, polícia, promotores e todos os envolvidos, para que soubessem do critério adotado para avaliação, disponibilizando-se até um disque-auxílio para respostas às dúvidas “emergenciais” e “singelas”. O Manual foi realizado em termos jurídicos por Silvia Sequeira, mas não publicado formalmente, permanecendo restrito ao setor jurídico da medida de segurança, não se ampliando conforme a proposta. As concepções do Manual são refletidas no artigo publicado (SEQUEIRA,

---

<sup>156</sup> Recentemente em reuniões dos HCTPs no HCTP Henrique Roxo com representantes do Município do RJ e do Estado se tenha retomada a ideia do banco de dados comuns para melhor planejamento de demandas por dispositivos em saúde mental nos níveis governamentais citados.

2010), reproduzida em parte na tese; as outras medidas - como censo, disque dúvidas e o protocolo - parecem ter caído no esquecimento nos serviços.

Participante da Coordenação de Saúde Mental do Estado informaram que os CAPS não teriam condição de realizar a avaliação; prossegue-se na discussão, entendendo a necessidade de um órgão responsável pela gestão das parcerias – como o caso de Minas Gerais onde o Judiciário e a Secretaria de Defesa Social assumiram juntos os papéis gerenciadores –, sugerindo-se o TJ-RJ no Rio de Janeiro como gestor. Os encaminhamentos atuais do louco-criminoso vão desde a emergência da Saúde (a SAMU) à polícia e, posteriormente, à SEAP, onde aguarda decisão judicial e perícia psiquiátrica. A proposta da próxima reunião é o mapeamento da rede para definições de atribuições (atores, funcionamento, ações superpostas). Na ocasião, houve um questionamento no INSS frente ao número de indivíduos com o endereço do HCTPHH solicitando benefícios: os técnicos estavam receosos em relação à concessão de novos benefícios frente à atitude de desconfiança do órgão. Conforme prometido, os servidores do CNJ atuaram na Vara de Execuções Penais visando à separação e triagem dos processos de medida de segurança para impulsão processual. Há uma tentativa frustrada de chamar representantes das secretarias de habitação do Estado e Município para compor as discussões nas reuniões com o CNJ. Neste panorama, há também muitas dificuldades de que os respectivos governadores dirigentes do Estado e do Município se envolvam nas questões discutidas da Saúde Mental no Judiciário.

Na reunião do dia 15/07/2012, as áreas técnicas de saúde mental do município e do estado do Rio de Janeiro expuseram o panorama atual da rede e suas atribuições,

conforme combinado na última reunião. O Decreto 7.508, de 25/06/2011<sup>157</sup> define as Redes de Atenção à Saúde como forma de planejamento e organização hierarquizada da assistência à saúde (SUS). Cada região de atenção à saúde deve estruturar a assistência no espaço geográfico, inclusive a atenção psicossocial para o cuidado da pessoa portadora de transtorno mental ou sofrimento psíquico, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em 23 de dezembro de 2011, a portaria n. 3.088<sup>158</sup> instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O Estado do Rio de Janeiro organizou e pactuou junto aos municípios a adesão ao RAPS e a implantação das nove regiões de saúde que contêm os respectivos componentes/serviços de saúde mental por parâmetros populacionais: Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro-Sul, Médio-Paraíba, Metropolitana 1, Metropolitana 2, Norte, Noroeste, Serrana (fonte das figuras, a ata da reunião do dia 15/06/2012 do CNJ).

FIGURA 24. Regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro – Baía da Ilha Grande.



<sup>157</sup>Regulamenta a Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

<sup>158</sup> Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



FIGURA 25. Regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro – Centro-Sul, Baixada Litorânea e Médio Paraíba

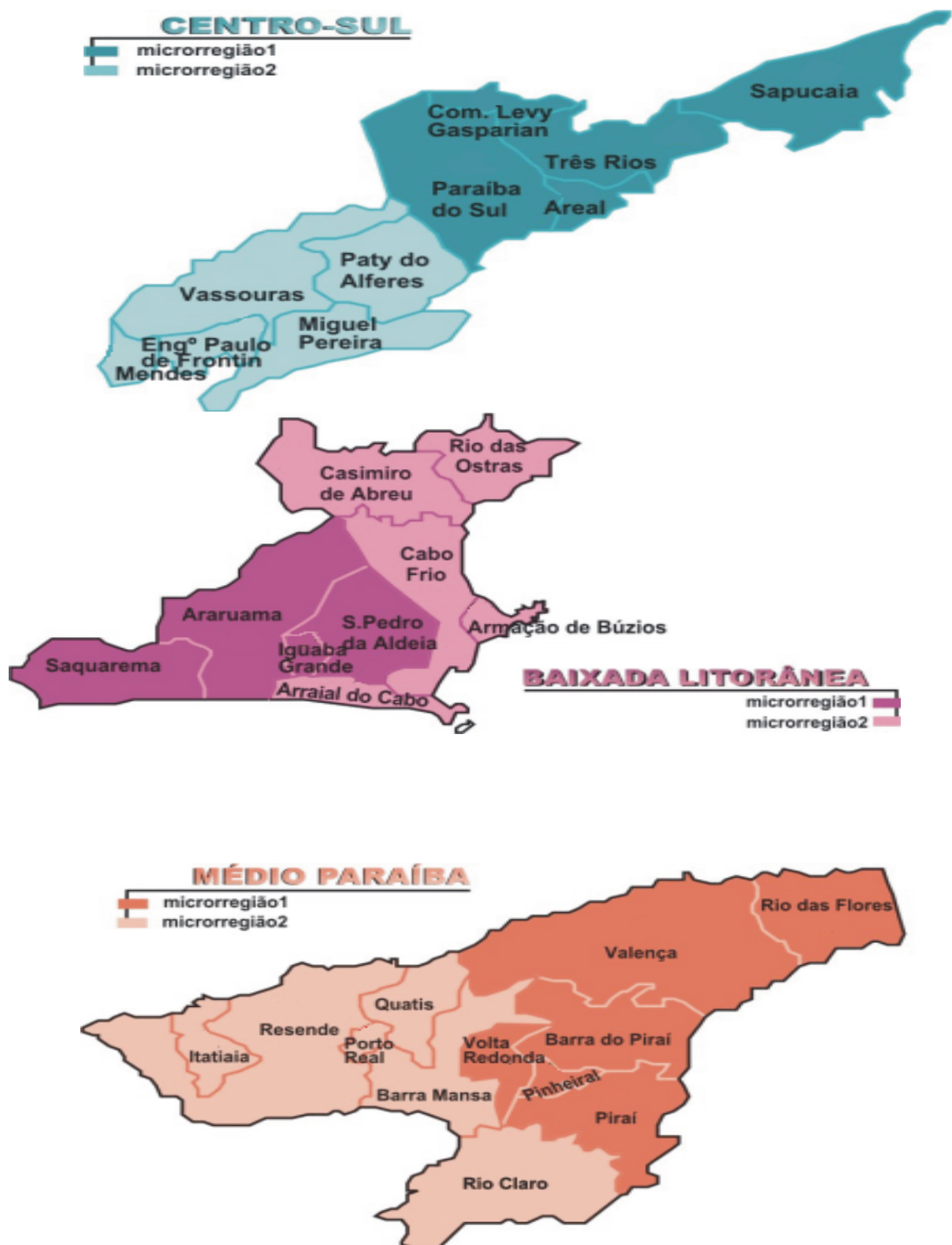


FIGURA 26. Regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro – Metropolitana1 e 2

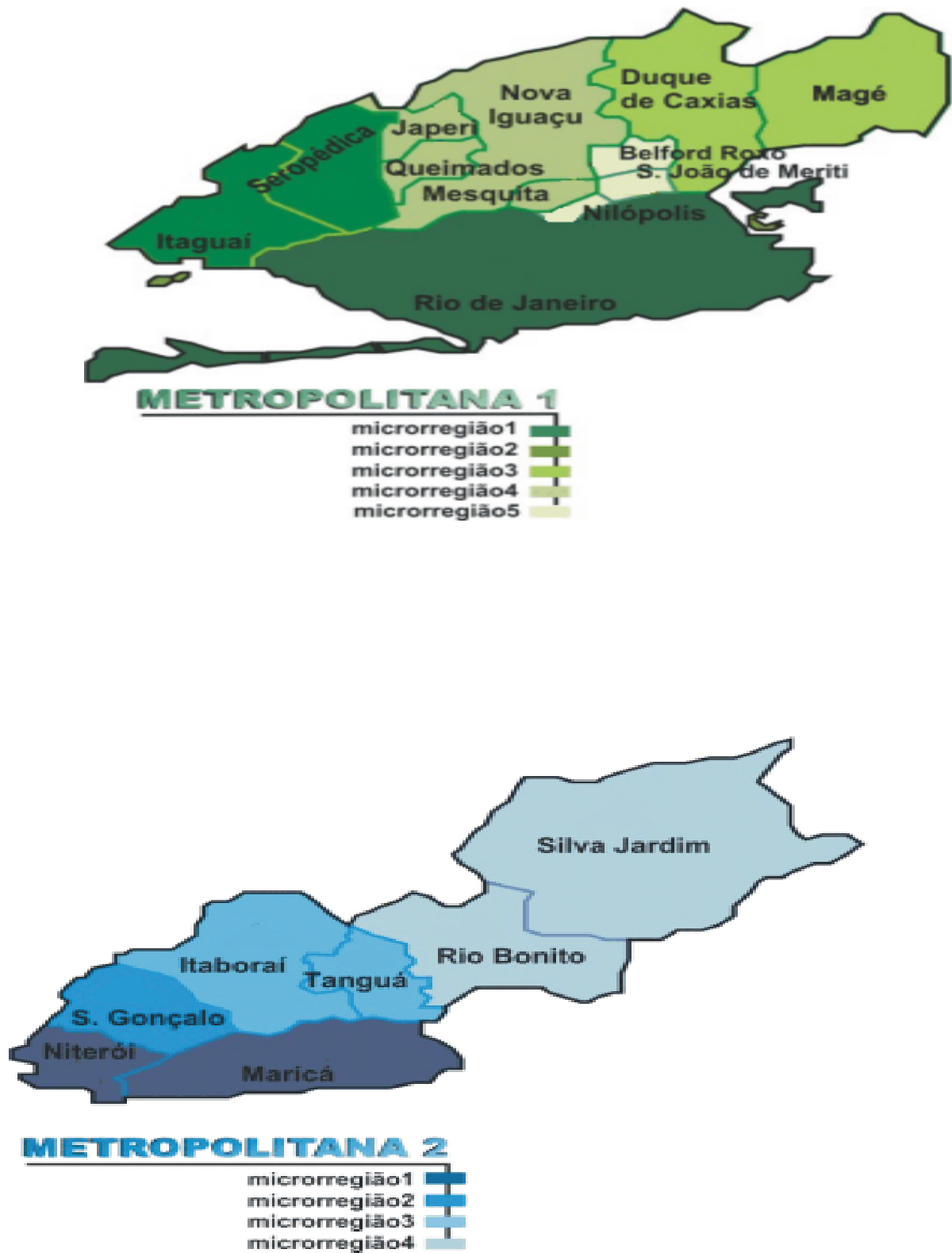


FIGURA 27. Regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro – Norte e Noroeste

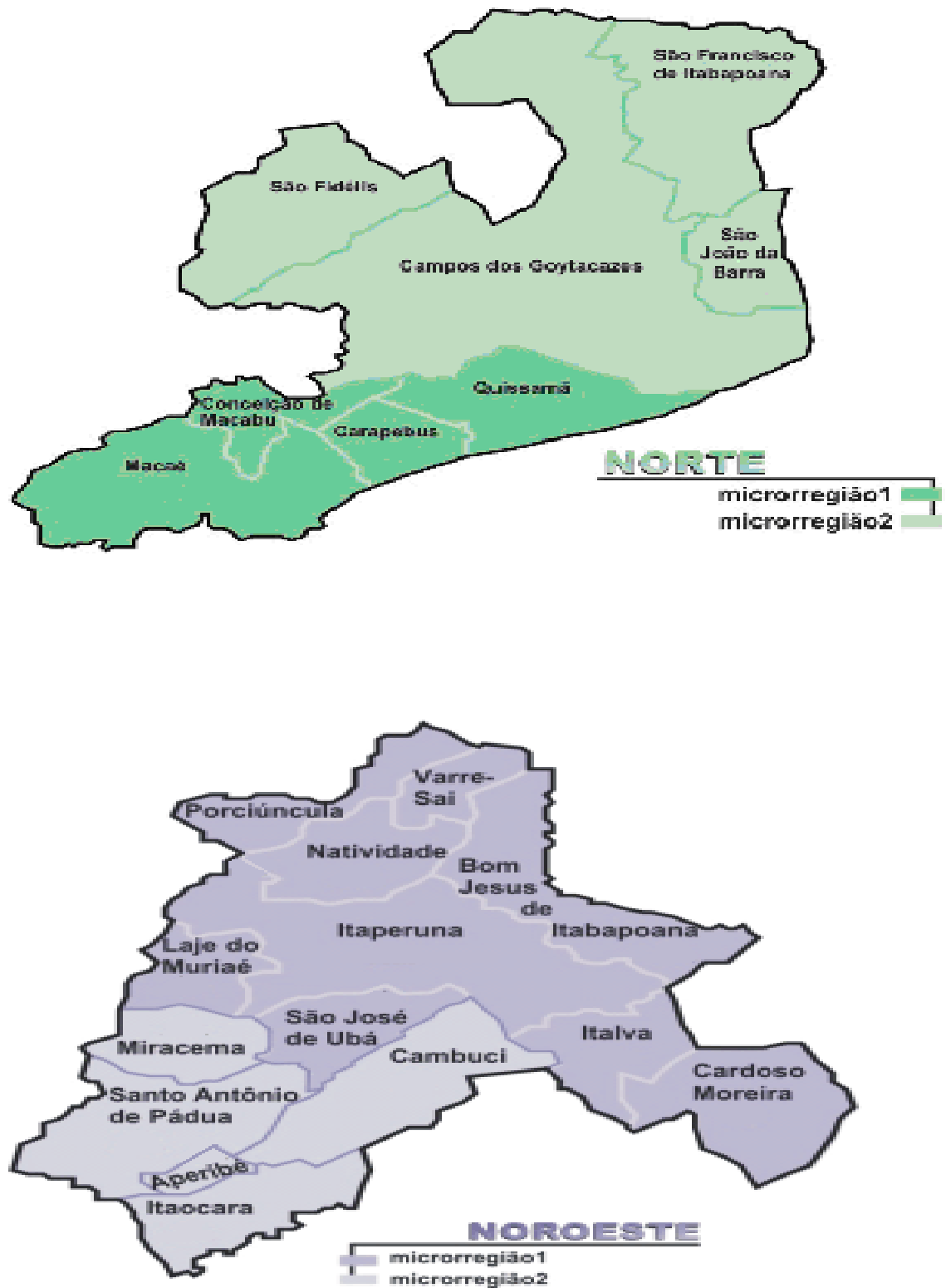


FIGURA 28. Regiões de saúde no Estado do Rio de Janeiro - Serraana



Os componentes da atenção em saúde pública e os pontos de atenções são subdivididos em:

1. Atenção básica em saúde: Unidades Básicas de Saúde – Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centro Municipal de Saúde (CMS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes de consultório na rua, equipes de apoio aos serviços do componente de atenção residencial de caráter transitório, Centros de convivência. A atenção básica é o ponto central da assistência, a “porta de entrada” no SUS. Na Atenção em Saúde Mental, o vínculo se estabelece com o CAPS ou ambulatório de Saúde Mental; em caso da inexistência do CAPS, retoma-se o ESF como referência principal com matriciamento do CAPS mais próximo.
2. Atenção Psicossocial Especializada: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I,II,III, CAPad, CAPsi).

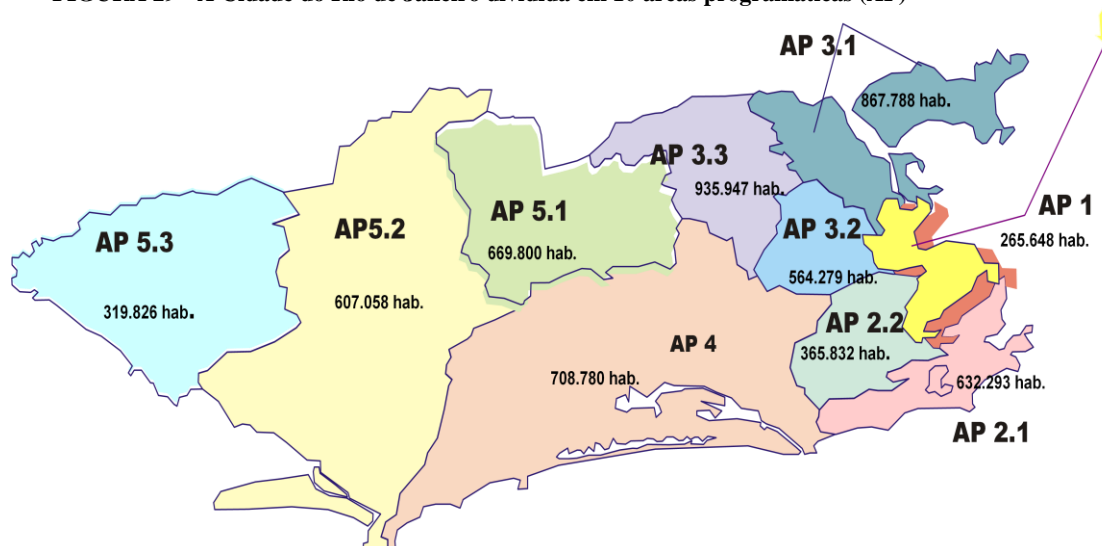
3. Atenção de Urgência e Emergência: Rede de Atenção de Urgências/Emergências (SAMU, UPA, Salas de estabilização, Portas Hospitalares de Atenção às Urgências/Pronto Socorro).
4. Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento Adulto, Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório (Comunidades Terapêuticas).
5. Atenção Hospitalar: Enfermarias especializadas em Hospital Geral, Serviços hospitalares de referência para Atenção em Saúde Mental.
6. Estratégias de Desinstitucionalização: serviços residenciais terapêuticos (tipo I e II).
7. Reabilitação Psicossocial: Programas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

A Área Técnica Municipal de Saúde Mental do Rio de Janeiro apresentou os equipamentos da rede em saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. Em torno do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), transitam os demais equipamentos: CAPS (II, III, CAPSi, CAPadII), Emergência em Hospital Psiquiátrico, Emergência em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Consultório de Rua, Leitos em Hospital Geral, Policlínica com equipe de Saúde Mental. O atendimento em saúde mental se propõe a oferecer atendimento à crise imediata e um plano de tratamento de longa duração com entendimento que não há alta, mas transferência de cuidados, além de oferecer diferentes abordagens e opções de tratamentos conectados a estratégias de promoção da qualidade de vida. A apresentação demonstra quantitativamente os equipamentos existentes e a perspectiva de ampliação de recursos de atenção psicossocial, que

incluíram polos de internações psiquiátricas em leitos públicos e privados no Rio de Janeiro com a população-alvo de longa permanência (a partir de um ano de internação) a ser desinstitucionalizada, por prioridade de fechamentos de instituições conveniadas. Demonstra também o quadro de serviços residenciais terapêuticos do ano de 2012 e a previsão de implantação de expansão. De um modo geral, a rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro enfatiza a escassez de serviços e a necessidade de ampliar a rede e o fluxo de comunicação entre os componentes da rede de saúde psicossocial. Posteriormente, aborda-se a lógica da desinstitucionalização com o deslocamento da ênfase do modelo asilar para o territorial, ressaltando a manutenção ou reconstrução dos laços sociofamiliares dos sujeitos. Implantaram-se equipes de seguimento nos CAPS com a tarefa de acompanhar os pacientes nos SRTs e sob risco de institucionalização, além de diversas parcerias com o ministério e secretarias estaduais e municipais para a habitação (PAC), a Assistência Social (abrigos), Esporte e lazer, Trabalho e geração de renda, o judiciário e o Ministério Público como instância mediadora da lei. Em ordem de preferência, é prioritário o retorno familiar, os SRT com cuidado ou moradia assistida; outros encaminhamentos, porém, são possíveis para a desinstitucionalização: os abrigos da Assistência Social, as clínicas de cuidados prolongados e a transinstitucionalização, todos com supervisão do CAPS. Há recursos federais de incentivo ao retorno familiar, resultantes da Lei 10.708/03, o Programa de Volta para Casa (PVC) – uma bolsa-auxílio desospitalização. No caso dos recursos municipais, há as bolsas ressocialização e bolsa-incentivo (Lei Municipal 3.400/02) do tipo I (dois salários mínimos) para retorno familiar e Tipo II (um salário mínimo para RT). Os Grupos de Trabalho para o fluxo dos processos de desinstitucionalização, por área programática, são um potente dispositivo de encaminhamento de casos e pactuações

políticas a partir da demanda dos próprios pacientes. As áreas programáticas do Rio de Janeiro estão distribuídas da seguinte forma:

**FIGURA 29 - A Cidade do Rio de Janeiro dividida em 10 áreas programáticas (AP)**



<b>AP 1.0</b>	Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.
<b>AP 2.1</b>	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.
<b>AP 2.2</b>	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.
<b>AP 3.1</b>	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.
<b>AP 3.2</b>	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.
<b>AP 3.3</b>	Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.
<b>AP 4.0</b>	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.
<b>AP 5.1</b>	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.
<b>AP 5.2</b>	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.
<b>AP 5.3</b>	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2002.

Na ocasião, havia um total de 37 usuários do HCTPHH no município do Rio de Janeiro, distribuídos segundo Áreas Programáticas:

QUADRO 6. Usuários do HCTPHH por áreas programáticas.

Áreas Programáticas	TOTAL
AP 1.0	6
AP 2.1	7
AP 3.1	4
AP 3.2	2
AP 3.3	4
AP 4.0	8
AP 5.1	4
AP 5.2	2
TOTAL	37

A última reunião no dia 19/07/2012 teve como foco dois pontos: primeiro, o fluxograma de atendimento nos HCTP, um protocolo pré-existente na SEAP reformulado pelas equipes, redefinindo os fluxos e as competências de cada hospital. O HCTP Henrique Roxo torna-se a porta de entrada e saída de medida de segurança masculina e perícia multiprofissional; HCTP Heitor Carrilho a porta de saída com os pacientes a serem desinstitucionalizados; e o Roberto de Medeiros ficou com casos de intercorrências psiquiátricas de homens e mulheres, além das medidas de segurança de mulheres. Os encaminhamentos delineados constituem a transferência do HCTPHR para o Heitor Carrilho de 14 pacientes com projeto de desinstitucionalização imediata, sem possibilidade de retorno ao território, e a transferência dos pacientes em cumprimento da medida de segurança do HH e do Roberto de Medeiros para o Henrique



Roxo. Preconizou-se a saída da perícia do Heitor Carrilho e a formação de equipe multiprofissional no HR e a presença de supervisores municipal e estadual para a desinstitucionalização nos HCTP. A problemática das autorizações de internações hospitalares (AIH) é colocada, pois os HCTPs da SEAP não recebiam recursos derivados da emissão desse documento no período da pesquisa, não tendo, portanto, a contrapartida do SUS ao emitir esse documento na entrada do paciente no período das discussões com Conselho Nacional de Justiça.

O CNJ recomendou a utilização do formato jurídico para a confecção do protocolo, acrescido de um acordo de cooperação assinado entre representantes do Estado e Saúde Mental e Lei a ser realizado no dia 4 de setembro de 2012, planejado a cada reunião. A proposta de protocolo para a atenção dos pacientes com transtornos mentais em medida de segurança nos hospitais de custódias do estado do Rio de Janeiro objetiva apresentar normas e fluxos para atenção integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. O primeiro passo é a criação de um sistema de informação de saúde mental com dados sobre o cumprimento de medidas de segurança em HCTP, com as seguintes informações sobre: o paciente e sua rede familiar, condições socioeconômicas, delito, histórico de tratamentos em saúde mental, exame de sanidade mental, sentença, projeto terapêutico, desinternação, assentada (documento emitido após a desinternação que comprova o resultado final da audiência, com a assinatura dos participantes).

Em termos de normas e fluxos para atendimentos, os pacientes foram divididos em cinco subgrupos: 1) início de cumprimento; 2) cumprindo a medida de segurança; 3) em processo de desinternação; 4) em condições de desinternação, mas sem suporte familiar; 5) desinternados, em condições de abrigamento. Os pacientes em início do cumprimento da medida de segurança são incluídos no sistema de informações de saúde

mental-SEAP, definida a equipe de referência interna no HCTP que, por sua vez, acionará uma equipe de referência externa intersetorial para inserção do paciente em serviço territorial e construir o projeto terapêutico extramuros, a partir dos recursos e dificuldades apontados pelo atendido e sua rede social. Uma notificação de entrada deverá ser emitida no âmbito da Secretaria de Saúde para a Coordenação Municipal e Estadual de Saúde Mental e, na esfera da Secretaria de Assistência Social, para a coordenação de Ação Social, CRAS e CREAS dispositivos do território.

Para os pacientes já cumprindo medida de segurança, a realização do acompanhamento do projeto terapêutico traçado será a base do trabalho. Os pacientes em processo de desinternação iniciariam as saídas terapêuticas visando à construção de vínculos nos serviços territoriais e na rede social. Inclusive, a solicitação de saídas terapêuticas de todos os pacientes internados se tornou uma estratégia intermediária a partir da pauta de 14/12/2009, com a finalidade de saídas para todas as atividades necessárias à desinstitucionalização, sem a retaguarda do Serviço de Operações Especiais (SOE), o transporte oficial de presos/internados na SEAP-RJ.

No caso do paciente reunir condições de desinternação, mas sem suporte familiar, o trabalho da equipe levantará informações sobre a situação do paciente e da sua rede social, de forma a reinvestir no contato dos familiares existentes e compreender os motivos da resistência, construindo junto à família e aos dispositivos extramuros a viabilidade da desinternação. Dentre os casos sem suporte familiar, há pacientes sem referências familiares, com ou sem autonomia. Há sempre que se tentar levantar informações na tentativa de localizar algum membro da família ou comunidade de pertencimento. No caso de autonomia, avaliar a possibilidade de construir projeto terapêutico, de forma a viabilizar a moradia autônoma ou a moradia assistida. O caso torna-se mais complexo se não há referência familiar e a autonomia do paciente for

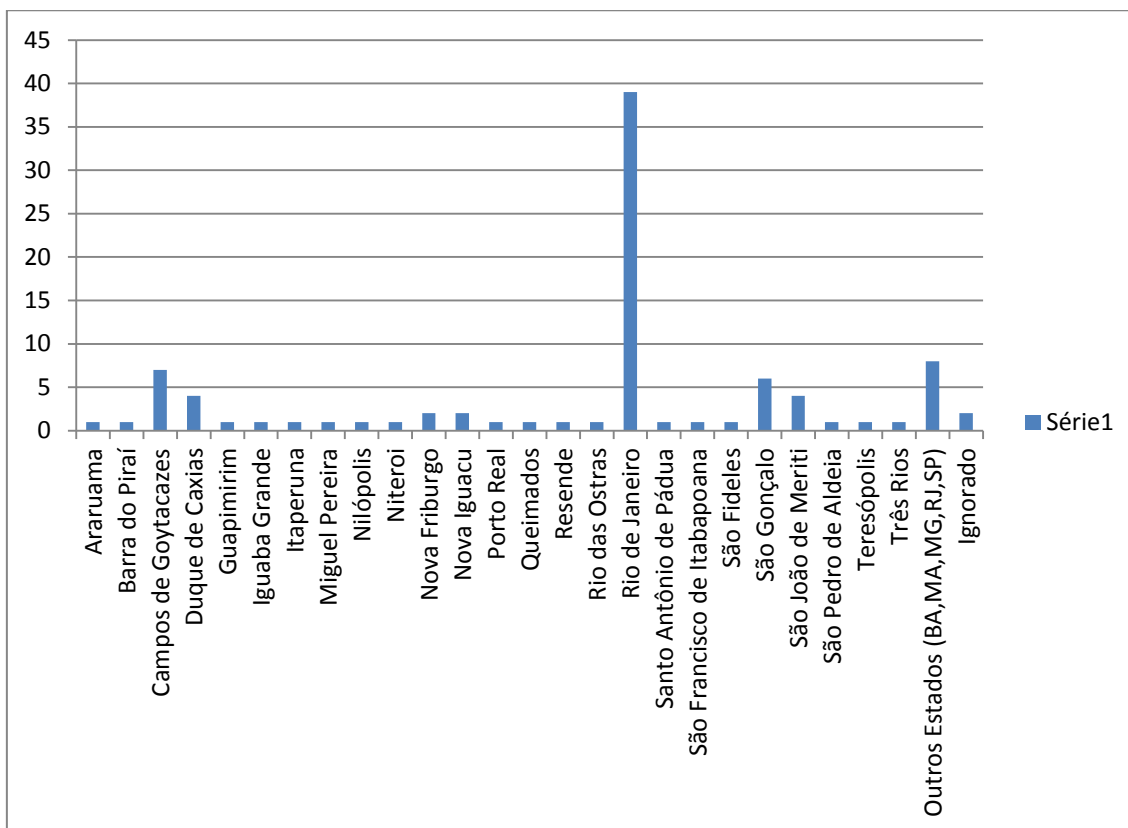
pequena ou nenhuma. Portanto, ressalta-se a necessidade de cuidados para as atividades da vida diária com indicação de serviço residencial terapêutico. Distribuem-se as incumbências entre várias secretarias, cabendo à Secretaria Estadual de Administração Penitenciária a construção do projeto terapêutico e articulação junto às equipes externas. A Secretaria de Saúde deverá garantir o atendimento em serviços de atenção diária e o benefício do Programa de Volta para Casa (PVC); e a Secretaria de Ação Social, a complementação de suporte social para usuários e responsáveis. Quando o paciente não demonstrar referência territorial, o ponto referencial será o local de moradia; nos casos de pacientes de outros estados, o contato entre Coordenações Estaduais de Saúde Mental se fará necessário, antes da desterritorialização do paciente. Por último, a manutenção de Fórum permanente para apresentação e interlocução dos projetos terapêuticos, os denominados Grupos de Trabalho (GT), como dispositivo fundamental para avaliação das estratégias e construção de uma política intersetorial na rede de Saúde Mental junto aos HCTPs.

Os impasses informados pelos HCTPs presentes foram os casos de pacientes sem certidão de nascimento, a falta de serviços residenciais terapêuticos, as dificuldades de vagas em abrigos por ausência de parceria da Assistência Social com a Saúde na política de desinstitucionalização (articulação intersetorial) e as famílias que colocam impedimento para receber o paciente em casa, por falta de condições financeiras, moradia ou gravidade clínica dos casos.

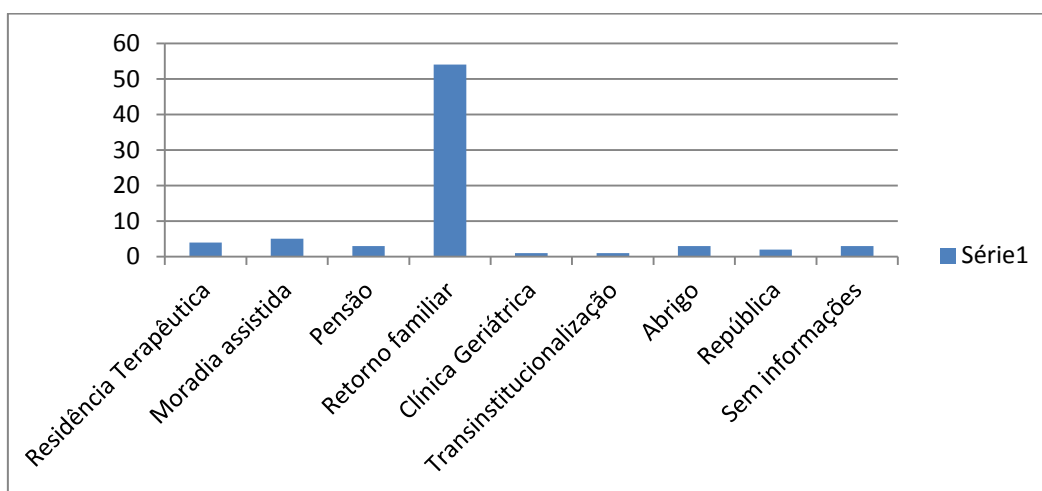
Após a demonstração dos fluxos detalhados anteriormente, um representante da SEAP apresentou o quantitativo de pacientes do HCTPHH por município de origem e de pacientes desinternados no período de 2010 a julho de 2012 em acompanhamento no território do Rio de Janeiro. Conforme gráficos a seguir, percebe-se que houve retorno familiar em 54% dos casos dos quais 39% pertencem ao Rio de Janeiro. O resultado do

trabalho demonstra empenho das redes constituídas no objetivo alcançado de reinserção psicossocial, tema do próximo item do capítulo.

**Figura 30. Pacientes do HCPT- Heitor Carrilho por município de origem de 2010 a Julho de 2012**



**Figura 31. Pacientes desinternados de 2010 a Julho de 2012 em acompanhamento no território**



Portanto, as reuniões produziram novos *insights* dentro da rede de custódia e de cuidados em saúde mental a serem implantados. Contudo, os serviços são atropelados pelas demandas imediatas, e as possíveis propostas se tornam apenas parte do percurso, nem sempre absorvidos pelos nós da rede em questão, por alguns motivos: Inviabilidade? Descaso? Ou tomados pelas demandas imediatas e espontâneas dos serviços? Retornando às atas das reuniões para dar continuidade à periodicidade da análise, as redes em movimento demonstraram as articulações das equipes internas com a rede aliada no processo de desinstitucionalização.

### 3.2. REDES EM MOVIMENTO – INTERFACES ENTRE JUSTIÇA E SAÚDE MENTAL.

A construção de rede é uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e os saberes previstos nas políticas públicas. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a cobertura em saúde mental seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os participantes, resultando em processos de atenção e gestão mais eficazes que construam a integralidade da atenção aos egressos de longa permanência dos HCTPs, entre outros dispositivos de atenção. Esses processos de interação e a sua relação com os movimentos e políticas públicas sociais é que fazem com que as redes de atenção sejam sempre promotoras de saúde num dado território.

Será preciso situar essa ação no tempo, explicitando um pouco a noção de rede e sua funcionalidade no campo da saúde mental. Justifica-se a releitura teórica e prática, tendo em vista que as ações judiciais seguem uma tradição cega, homogeneizante e excludente junto às populações institucionalizadas. Tomam-se de empréstimo esses referenciais em interface com a justiça pela principal função do HCTPHH na atualidade,

a saída do sujeito internado como fator privilegiado na sua atenção e, principalmente, a reabilitação psicossocial<sup>159</sup> do internado. Cabe lembrar que os HCTPs são os únicos manicômios **públicos** ainda existentes no Brasil<sup>160</sup> e promovem a reclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico em conflito com a lei que cometeram delitos de naturezas diversas.

Durante a internação, as equipes dos HCTPs detectam os casos de não reinserção imediata pela ausência de laços sociofamiliares e/ou desterritorialização<sup>161</sup>, pela falta de dados ou frágeis pistas acerca das origens dos pacientes, ora abandonados, ora perdidos pelas famílias. Desde o início dos cuidados do portador de transtorno em saúde mental em conflito com a lei, o campo teórico-prático dos trabalhos institucionais aponta para uma atenção intersetorial em função da perda dos pertencimentos provocada pela reclusão compulsória. O rompimento dos enlaces originais favorece o quadro de abandono da maioria dos casos, fato que demonstra a fragilidade dos laços entre o sujeito com sofrimento mental em conflito com a lei e a sua família. No período entre a internação e a desinternação, há um percurso envolvendo os diversos atores institucionais, o qual induz o modelo de rede, por implicar agendamentos múltiplos a serem constituídos pela equipe, com o objetivo de reinserção psicossocial estabelecido pelo projeto terapêutico traçado institucionalmente, segundo os recursos da Área Programática do pertencimento no município do Rio de Janeiro, em outros municípios do estado e em outros estados do Brasil. O Rio de Janeiro é dividido em dez áreas

---

<sup>159</sup> A Reabilitação Psicossocial é o processo de reestruturação da autonomia das funções do sujeito na sua comunidade, de modo a melhorar as competências contratuais e dar melhor qualidade de vida. Esse processo contempla três aspectos importantes, a casa, o trabalho e o lazer, visando à inclusão e à desinstitucionalização. PITTA, A.(org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001.

<sup>160</sup> Em torno das discussões de tratamentos em clínicas, principalmente, em relação aos usuários de drogas transformam o panorama de avanço em saúde mental, produzindo novos manicômios geridos em função do lucro e da internação perpétua dos usuários em tratamento.

<sup>161</sup> O HCTPHH localiza-se na AP 1.0, não há CAPS nessa área. Quando não há esse serviço, a porta de entrada em saúde mental da AP é o Programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede básica de saúde. No caso do HCTP há ainda um dispositivo estadual, o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro com funções de hospital-dia e ambulatório; contudo, este não substitui as funções previstas de um CAPS.

programáticas (AP) de saúde, compostas por um conjunto de bairros em cada uma delas, conforme a figura 27.

Construir um pensamento que se efetua a partir do múltiplo é um grande desafio; por isso, na formação da rede se credita confiança na imaterialidade de uma máquina abstrata que estamos construindo continuamente até atingir o objetivo proposto, a reinserção psicossocial. Assim como o Rizoma Deleuziano (1995) não tem início nem fim (se interrompido, necessita de novas conexões), parece estar sempre no meio. São pontos nômades a serem construídos e interconectados uns aos outros, sem uma ordem fixa, seguindo princípios diversos, de acordo com os aliados presentes. Como uma cartografia, o modelo criado é aberto e desmontável, suscetível a receber montagens de naturezas diversas e ser reconstruído permanentemente a cada caso, não havendo procedimentos fixos eficazes. Cada passo necessita de sua contextualização, e o aproveitamento de recursos disponíveis se modifica a todo instante, crescem ou decrescem recursos, posteriormente, um recurso se torna indisponível, precisa de renovação ou inovação na dinâmica do processo. Por isso as etapas são sempre mutáveis, dependendo da desburocratização judiciária e melhor operacionalização setorial da área de saúde mental.

Os passos a seguir são de efeitos locais; os pontos mutáveis e cada vez mais engrenagens são postas nas parcerias estruturadas, cabendo à instituição vencer os obstáculos postos em questão na cartografia da ocasião. As parcerias da rede psicossocial formadas no HCTP variam dependendo da configuração cartográfica do momento. Parceiros potenciais se aproximam, engajam-se, ampliam continuamente a rede; a afetação e novos olhares impulsionadores da reinserção são construídos a partir de novas compreensões da Saúde Mental nas áreas da Justiça. No passado recente, a falta de suporte familiar se constituiria um motivo para a permanência perpétua em

HCTP, refletindo as concepções psiquiátricas e da Vara de Execuções Penais. Em função da periculosidade renovada continuamente nas perícias psiquiátricas, a prisão perpétua era inocentada pela prevenção ou controle de risco social, legitimada pela justiça. Os maiores desafios são internos à própria instituição, ao se lidar com um modelo discriminador e criminalizante da perícia sob a única ótica da Psiquiatria Forense. Conforme descrito anteriormente, iniciava-se a sensibilização do judiciário para as peculiaridades do processo dos HCTPs do Rio de Janeiro e a parceria crescente da rede assistencial para a reinserção social (a saúde mental, os programas da assistência social, entre outros). Contudo, a perícia psiquiátrica tem a sua decisão historicamente construída e garantida pelos juristas, ou seja, a última palavra cabe ao perito psiquiatra em função de sua autoridade *a priori*, em detrimento da equipe de acompanhamento diário do paciente. Esse foi um ponto nevrálgico do processo de desinternação da população do HCTPHH, porque a equipe iniciava o controle do processo de perícia em relação ao tempo decorrido entre a entrevista psiquiátrica e o envio do laudo ao juiz, mas a falta de consenso registrada nos laudos discordantes se tornava o maior obstáculo de reinserção (ata 23/11/2009). Nas pautas das reuniões, há dois momentos cruciais de respostas da perícia psiquiátrica. No primeiro momento, indica-se a possibilidade de diálogo entre peritos e equipe, em casos de laudos discordantes (14/12/2009, 28/12/2009). No segundo momento, estabelece-se novo trâmite da perícia, o pedido de desinternação deverá ser entregue ao chefe de clínica (não mais à Direção) e se estabelece uma nova determinação no caso de divergência, a decisão do perito será soberana à da equipe, chancelada pelo chefe de perícia Dr. Miguel Chalub<sup>162</sup> (ata 12/02/2010). Frente aos casos de laudos divergentes razoavelmente frequentes, nos quais a situação atual do internado constatada pela equipe contradizia a avaliação

---

<sup>162</sup> Miguel Chalub é doutor em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, chefia médica do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, autor de diversos livros da área de Psiquiatria Forense.



pontual da perícia psiquiátrica, para reduzir os embates, a determinação interna tentaria suprimir a voz das equipes, pois o aviso de que prevaleceria a avaliação do perito (psiquiatra) era, no mínimo, ultrajante, senão, anacrônico. Entretanto, nas audiências o fato dependeria da compreensão dos juízes em relação ao valor dos relatórios produzidos no acompanhamento do internado pelas equipes, ou ao parecer pontual de cessação de periculosidade do psiquiatra perito, a partir das velhas premissas da Psiquiatria Forense construída a partir do século XIX. Perito e equipe traçavam embates frente ao juiz, tendendo, na maior parte das vezes, a voz da Psiquiatria ser o veredito final do caso, monopólio construído pela Medicina. A cessação de periculosidade era vista sob a ótica da formação de redes (família, serviços de saúde e de assistência social entre outros) e acompanhamento diário de todo o período de internação pela equipe como bom prognóstico para a desinternação, lembrando que a equipe também possui a participação de profissional de Psiquiatria da assistência. Por sua vez, o perito psiquiátrico considera apenas os sintomas psiquiátricos produtivos ou a conduta apresentada no momento pontual da perícia como determinante da não cessação da periculosidade.

No século XXI, um campo transdisciplinar em construção – a Saúde Mental-, antes reservado apenas à assistência direta, parece teimar em reagir pela desinternação, pautado nos parâmetros da Lei Antimanicomial em saúde mental e resistindo ao espaço dual construído pela Psiquiatria e o pelo Direito durante um século aproximadamente de soberania garantida. Conforme a primeira parte da tese explora, as novas ações de desinternação, expostas anteriormente, contrariam a soberania da constituição dos saberes médicos e jurídicos em torno do louco e depois do louco-criminoso, a construção nosográfica do “psicopata” do século XX.

No HCTPHH, as equipes são auxiliadas em estratégias jurídicas para os casos considerados “impossíveis” de desinternação no futuro próximo, a partir da chegada da defensora Silvia Sequeira. São os casos de longa institucionalização, que se transformaram em “alta periculosidade” ou de “periculosidade perpétua” para a perícia médica, embora o motivo inicial de institucionalização se caracterizasse por situações de baixo potencial ofensivo à sociedade (ata 26/07/10), como no caso de um interno com delírios de grandeza, que dizia ser proprietário do sítio e, após a negativa do verdadeiro dono, roubou-lhe uma faca e uma camiseta que estavam no local. No seu delírio, ele era diretor do hospital, Deus ou até juiz da VEP. Após uma ameaça de concretizar a retirada dos pensamentos medicalizantes do seu médico com uma faca, tornou-se inviável a cessação de periculosidade, reforçada por esse evento de heteroagressividade contra o médico. Nesse caso, frente à resistência da perícia para desinterná-lo, o indulto foi a solução da defensoria, acrescido de uma audiência especial para constatação visual do juiz do caso.

Sequeira (2010) ressalta a inconstitucionalidade do prazo indeterminado da medida de segurança sustentado pelos artigos 97 § 1º e 2º do CP e 176 da LEP, visto que a Constituição Federal de 1988 veda a pena de caráter perpétuo (artigo 5º, XLVII, letra b). O entendimento dos doutrinadores da lei divide-se entre os que majoritariamente defendem o prazo indeterminado frente à cessação médica da periculosidade e outros que sustentam o limite máximo de trinta anos, sem qualquer outro requisito, fato que possibilita o cálculo da prescrição e subsequente *Habeas Corpus*.

Outro recurso utilizado na desinternação no HCTPHH, a detração computa todo o período de custódia, mesmo que não seja em estabelecimento hospitalar. Entretanto, há a defesa da validade somente para o período de internação em tratamento hospitalar.

A reunião de processos é uma estratégia em que se utiliza a conversão da pena privativa de liberdade (PPL) em medida de segurança, no caso de laudo de incapacidade no decurso do cumprimento da PPL. Outra situação semelhante são processos distintos de PPL e medida de segurança a serem computados durante o período em que o sujeito se encontra à disposição da justiça. Nesses casos, conta-se o tempo total de encarceramento, e o limite temporal para a saída é o restante de tempo a cumprir ao juntar os processos distintos.

Outra dificuldade encontrada pelas equipes foi a necessidade de cumprimento do prazo mínimo da medida de segurança de um a três anos, prorrogáveis. A indistinção entre a medida de segurança e a PPL nos recursos judiciais é frequente entre os juízes; afinal, a medida de segurança não é pena, mas a proposição de tratamento médico com a finalidade de cessação de periculosidade e reinserção social, não tendo caráter retributivo ou punitivo, outra confusão que predomina no âmbito judicial. Se a equipe técnica e a perícia entendem que cessou a periculosidade, não há fundamento legal da manutenção da internação até o período inicial determinado – o prazo é o tempo mínimo para o primeiro exame de cessação de periculosidade.

Outro argumento infundado para não desinternar, a falta de responsável ou apoio familiar, prática não prevista na lei, tem sido utilizado na manutenção da internação. Se o laudo é de cessação de periculosidade, não importa se há para onde ir ou se possui responsável; afinal, essa é uma questão da esfera social que necessita ser respondida de forma adequada, fora do âmbito jurídico. Mesmo a política de alta planejada e a reabilitação psicossocial assistida, prevista no artigo 5º da lei 10.216/01, são questionáveis. O desinternado deve ser encaminhado para locais não penais e de preferência, cabendo aos HCTPs a criação de um protocolo que permita a desinternação no menor tempo possível.

Na medida de segurança, o sujeito possui as mesmas condições do apenado em livramento condicional (art. 178 da LEP) na desinternação – o período de um ano de prova até a extinção da medida de segurança. Após esse prazo, a reinternação só poderá ocorrer com novo delito e após sentença judicial. Ou seja, a mera denúncia ou apelo de familiares não é condição suficiente para reinternação em HCTP; afinal, o transtorno mental é uma doença crônica, podendo haver novos surtos. Outras entradas em HCTP após o período de extinção da medida de segurança sem nova sentença violam a lei, pois o encaminhamento correto deverá ser a um hospital não penal para tratamento. A lei é clara, mas há juízes que internam após apelo da família.

Curiosamente, o Código Penal (CP) prevê a diminuição da pena no caso dos semi-imputáveis em dois terços, na forma do artigo 16 § único do CP, podendo ser substituída pela medida de segurança. Esse fato ocorre nos casos de uso de álcool e outras drogas e se configura numa distorção na aplicação da lei, pois os inimputáveis recebem um parâmetro mais rigoroso do que os semi-imputáveis, impedindo o acesso aos benefícios equivalentes. Os benefícios voltados à massa carcerária – as brechas da lei, as jurisprudências – foram revisitados pela Defensoria, que se mostrou parceria de grande relevância para cumprir o objetivo da desinstitucionalização nos HCTPs. Ou seja, todos os recursos previstos na releitura da lei em benefício do sujeito cumpridor de pena privativa de liberdade foram utilizados na medida de segurança. Cabe lembrar a não aplicação de vários benefícios básicos recebidos na PPL, como a visita íntima ou redução de pena por trabalho ou estudo na unidade prisional. A redução do tempo de internação segue a tendência de critérios exclusivamente médicos, pela peculiaridade do adoecimento na medida de segurança. Defender critérios jurídicos com posições conflitantes, retirando das mãos exclusivas do médico a decisão da desinternação, é um

desafio do operador do direito com compreensão mais ampla nos novos princípios da saúde mental baseados na Lei 10.216/2001.

A Supervisão do Município do Rio de Janeiro se constituiu em mais uma parceria do HCTPHH relatada no período estudado, conforme ata de 23/11/2009, com a proposta de interlocução junto à coordenação de Saúde Mental do Município, a partir do auxílio na montagem de projetos terapêuticos individuais (ata 19/04/2010). Através dos relatos das dificuldades técnicas de reinserção dos desinternados do HCTPHH, a supervisora responsável Mariana Abreu entrou em contato com as dificuldades de desinstitucionalização, inclusive de absorção dos loucos-criminosos pelos próprios CAPS <sup>163</sup>.

A rede de saúde mental com os dispositivos externos necessitou ser provocada pela supervisão para assumir os loucos da justiça para si, redistribuindo-o na rede psicossocial e seus dispositivos de SRT. O funcionamento da rede municipal de saúde mental prevê articulações com dispositivos de saúde e recursos da comunidade para a desinstitucionalização, não colocadas em prática, no caso dos HCTPs. Entretanto, a articulação espontânea dessa rede com um manicômio público judiciário a ser desmontado, inicialmente não se evidenciou na prática do Rio de Janeiro. A contínua judicialização dos hospitais privados conveniados com o SUS ocupava as vagas dos SRTs pactuadas antes, nas reuniões junto aos HCTPs (ata 16/08/10). A judicialização dos hospitais privados decorre do descredenciamento com espontâneo junto ao SUS ou em função de fiscalizações públicas (óbitos, prazos de internação). A retirada dos pacientes dos serviços privados e reinserção nas famílias ou absorção em dispositivos

---

<sup>163</sup> Durante o período de desinstitucionalização do HCTPHH, participaram do processo três supervisores da PMRJ: Mariana Abreu, Verônica Pereira Schwartz, Maria Kemper (atas: 28/11/11; 04/04/12).

de serviços residenciais terapêuticos tornam-se consequência imediata, problema a ser assumido imediatamente pelos dispositivos públicos de saúde mental.

Nos espaços de saúde mental, repete-se o dilema do pertencimento dos loucos-criminosos ao judiciário como algo natural e, principalmente, com o ideário de que o campo de saúde mental não daria conta do cuidado dos loucos-criminosos na sua assistência usual sem os HCTPs. Ou seja, o discurso antimanicomial não parece valer para todos os loucos, pois a impotência ou instabilidade da rede é analisador da sua fragilidade, principalmente após a terceirização dos serviços técnicos com a entrada das Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão de recursos humanos do município do Rio de Janeiro.



FIGURA 32. Rede de Atenção à Saúde Mental. Fonte: AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2007.

A saúde mental no município não encampa lutas com o judiciário em defesa de seus usuários que entram no sistema penal. Há uma dissociação na responsabilidade dos cuidados do louco-criminoso sem reflexão sobre as portas de entrada e saída do sistema penal durante grande período de existência do manicômio judiciário Heitor Carrilho. Daí a grande importância do CNJ na convocação da discussão em comum, a implantação da lei 10.216/2001 no judiciário que convive com os paradigmas anteriores da internação em HCTP. Cabe lembrar que os dados do primeiro censo realizado em 2007 demonstram que 71% dos internados no HCTPHH já realizavam tratamentos anteriores à medida de segurança. No entanto, ficaram invisíveis durante a internação compulsória ao campo da saúde mental e permaneceriam sem acesso aos serviços se não fossem articulados novamente à rede pelo trabalho de reinserção assumido pelos HCTPs do Rio de Janeiro.

Portanto, trazer um representante do município para dentro do HCTP e tentar dialogar com os representantes do Estado, quase sempre ausentes, constituem estratégias relevantes para incorporação da discussão sobre o louco-criminoso como parte específica de um sofrimento existencial que se expressa sintomaticamente por meio do crime. As reuniões sistemáticas resultaram na implicação do município na atenção psicossocial aos desinternados abrigados, muito mais do que a resolução das necessidades de inserção em SRT. O movimento de compreensão da dinâmica dos HCTPs e dos internados pela rede se consolida pelo compartilhamento dos representantes denominados de “supervisores” nos contatos com os CAPS e o GT de desinstitucionalização da Saúde Mental, em um processo gradual. Os técnicos do HCTP foram apresentados e reconhecidos como parceiros de trabalhos semelhantes em áreas diferenciadas por se localizarem no âmbito da Justiça Estatal nesses encontros na rede de atenção psicossocial.

Um dos grandes desafios nesse processo de desinstitucionalizar era a desconstrução dos vínculos dos abrigados com a instituição asilar e o fortalecimento dos vínculos com a rede de saúde mental. O esperado era a liberdade soar como estímulo à continuidade da vida extramuros. Contudo, a dependência institucional gera o receio de sair e o sentimento de desamparo aprofundado na longa permanência. A longa internação gera o afastamento do convívio social, e o dinamismo social se encarrega dos desenlaces das vidas em comum. São deslocamentos e mortes dos parentes e das vizinhanças, as desconfianças e o medo construídos pelos parentes restantes ou pela coletividade local. O lugar social do internado é desmantelado e será preciso ser reconstruído por redes locais ampliadas nas suas funções. Se essa função falha, o desamparo real acontece, sendo o resultado esperado: novos surtos e reinternações psiquiátricas decorrentes, mas raramente acompanhadas de reincidência de novos delitos, segundo pesquisas do sistema penitenciário, em torno de 4% (BIONDI,s/data).

No próximo item, visamos a caracterizar historicamente os três hospitais com a finalidade de situá-los na política pública de saúde mental e penitenciária no país e, posteriormente, delinear as suas modificações a partir de documentos oficiais e das atas de reuniões analisadas, no caso de mudanças recentes da iniciativa de racionalização de funções dos HCTPs no Rio de Janeiro.

### 3.3. AS REESTRUTURAÇÕES DOS HCTPs DO RIO DE JANEIRO

Reescrever detalhadamente o histórico dos três hospitais com função de HCTP da SEAP-RJ auxilia na compreensão do passado institucional e reestruturação do seu presente. Embora o histórico do HCTP Heitor Carrilho tenha sido apresentado anteriormente, nesta seção ganha detalhes e recompõe a história dos HCTPs no conjunto



ainda existente na SEAP-RJ. Apesar das mudanças nominais ou seguidas por reestruturações sucessivas orientadas por projetos gestores, os registros históricos são espaços pouco divulgados, ou relegados ao esquecimento pela falta de preocupação de registro do passado institucional, dificultando a pesquisa acadêmica.

Nas reestruturações dos HCTPs do Rio de Janeiro, há três hospitais relevantes a destacar por suas respectivas histórias no sistema penal: o HCTP Heitor Carrilho, o HCTP Henrique Roxo e o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros. O primeiro Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro pertenceu desde a sua criação em 1921 à Assistência a Alienados no Distrito Federal vinculada ao Ministério de Justiça e Negócios Interiores<sup>164</sup>. Durante sua existência, alterou subordinações com consequências relevantes historicamente, da transferência da área da Saúde para a Justiça Penal. Em 1931, o MJRJ e a Assistência a Psicopatas foram desligados do Departamento Nacional de Saúde Pública<sup>165</sup>, sendo as dotações orçamentárias transferidas ao Ministério da Educação e Saúde Pública<sup>166</sup>, ocorrendo sua incorporação formal em 1944<sup>167</sup>. Em 1955, o nome do manicômio se altera para Manicômio Judiciário Heitor Carrilho em homenagem póstuma ao seu renomado diretor e fundador<sup>168</sup>. Outra relevante mudança à administração institucional foi a aprovação do Regimento da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde em 1970 que, modifica o nível hierárquico de gestão no Manicômio Judiciário Heitor Carrilho<sup>169</sup>, que

---

<sup>164</sup> Decreto n. 14.831, de 25/05/1921 – Aprova o Regulamento do Manicômio Judiciário.

<sup>165</sup> Decreto n. 20.0889, de 30/12/1931 – Desliga do Departamento Nacional de Saúde Pública a Assistência a Psicopatas e o Manicômio Judiciário.

<sup>166</sup> Decreto n.20.110 de 16/06/1931 – Transfere, com as respectivas dotações orçamentárias, do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o da Educação e Saúde Pública o Manicômio Judiciário.

<sup>167</sup> Decreto n. 17.185, de 18 de novembro de 1944 – Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.

<sup>168</sup> Decreto n.37.990, de 27 de setembro de 1955 – Dá a denominação de Heitor Carrilho ao Manicômio Judiciário, do Serviço Nacional de Doenças Mentais.

<sup>169</sup> Portaria n.282-GB, de 22/09/1970 – aprova o Regimento da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, modificando o nível hierárquico do Manicômio Judiciário Heitor Carrilho e dá outras providências. DOU de 07/10/1970 (suplemento), p.22.

passa do nível federal ao estadual, em especial, torna-se atrelado ao sistema penitenciário, trazendo consequências práticas diferenciais à compreensão do crime-loucura. O lugar do louco-criminoso é atrelado ao judiciário, sem retorno previsível ao campo originário, a saúde. Acrescido ao fato, no ano de 1978, há uma autorização da cessão do imóvel em que funciona o MJ Heitor Carrilho, de propriedade da União, sob a forma de utilização gratuita, ao estado do Rio de Janeiro, desde que não haja destinação diversa do terreno, relevante na preservação das funções originais prerrogativas da doação<sup>170</sup>, logo, não é passível de venda ou construção de prisões, somente dispositivos de saúde. A Lei de Execuções Penais de 1984<sup>171</sup> explicita o pertencimento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ao Judiciário que, no Capítulo VI, se destina aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos no artigo 26 e seu parágrafo único do Código Penal, prevendo, inclusive, o tratamento ambulatorial no artigo 97 da segunda parte do Código Penal. Dentre todas as modificações, o termo Hospital e Custódia e Tratamento Psiquiátrico foi cunhado após a reforma penal de 1984, cumprindo-se as respectivas mudanças no Código Penal Brasileiro e na Lei de Execução Penal. Completando o ciclo institucional presente, desde o novo organograma em 20/03/2013<sup>172</sup>, o HCTP Heitor Carrilho denomina-se Instituto de Perícias Heitor Carrilho, com funções referenciais de perícia no Estado do Rio de Janeiro, e não mais a custódia e assistência ao louco-criminoso. O HCTP Heitor Carrilho<sup>173</sup> tinha capacidade máxima de 240 internados, sendo o maior e o mais antigo hospital de custódia e tratamento do sistema penal. Internava casos de medida de segurança oriundos do estado do Rio de Janeiro, presos provisórios e dependência química de homens e mulheres. Em 2009, há o fechamento

---

<sup>170</sup> Lei n.6.568, de 24 de setembro de 1978 – Autoriza a cessão ao Estado do Rio de Janeiro do imóvel que menciona e dá outras providências.

<sup>171</sup> Lei n.7.210, de 11 de julho de 1984 – Institui a Lei de Execução Penal.

<sup>172</sup> Decreto n.44.130, de 20 de março de 2013 – altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária –SEAP e dá outras providências.

<sup>173</sup> Endereço do HCTP Heitor Carrilho – Rua Frei Caneca, 401, Fundos, Estácio, Rio de Janeiro (RJ).

da porta de entrada (internação), tornando-se somente porta de saída dos pacientes masculinos de longa permanência e de mulheres em situações jurídicas diversas do sistema penal (longa permanência, cumprimento de medida de segurança e presas provisórias ou acauteladas) – de 2010 até a completa transferência das mulheres acauteladas ou em cumprimento de medida de segurança para o Roberto de Medeiros.

A trajetória de constituição do HCTP Henrique Roxo, localizado em Niterói, inicia-se na década de 1950 quando o Professor Luiz Manoel Teixeira Brandão<sup>174</sup>, chefe da Divisão de Doença Mental, elaborou minucioso relatório para criação do Instituto Psiquiátrico Penal, a partir da demanda de um Manicômio Judiciário no Estado do Rio de Janeiro, com a finalidade de separar os doentes mentais comuns daqueles que cometeram atos contra a sociedade, em virtude do estado mental. O antigo Hospital Psiquiátrico que funcionava à Rua São João, número 380, em Niterói, passou por algumas remodelações, sendo ali instalado o primeiro Manicômio Judiciário, que recebeu o nome de “Hospital Heitor Carrilho” em homenagem ao psiquiatra forense e professor da disciplina de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense. O manicômio Judiciário de Niterói se tornou pequeno para abrigar tantos internos, sendo então elaborado um projeto para construção de um novo Manicômio Judiciário, em terreno de propriedade do Estado, no aterro de São Lourenço, atrás de Centro de Saúde de São Lourenço, hoje com o nome de Centro de Saúde Carlos Antônio da Silva. Assim, em 1967<sup>175</sup>, foi inaugurado o novo Manicômio Judiciário de Niterói, permanecendo o nome de Hospital Heitor Carrilho. Quando o Manicômio Judiciário foi transferido para a Secretaria de Justiça e inaugurado em 21/12/1972, continuou a ser chamado de Hospital Heitor Carrilho. Em 1975, com a fusão do Estado

---

<sup>174</sup> Filho de João Carlos Teixeira Brandão.

<sup>175</sup> Em outro registro histórico aparece a inauguração em outra data, 26 de junho de 1968 (ANGELO D'ELIA, 2013).

do Rio de Janeiro com o Estado da Guanabara, a capital passou a ser a cidade do Rio de Janeiro, onde já existia um Manicômio Judiciário com o nome Heitor Carrilho<sup>176</sup>. Houve então a proposta de mudança do nome para Hospital Henrique Roxo, em homenagem ao psiquiatra Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, e substituto de Juliano Moreira. Atualmente, designa-se Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo, o único HCTP complementado nas suas funções pelo Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros por sua impossibilidade de recepção de mulheres e acautelados devido ao *lay-out* e capacidade máxima institucional com o total de 140 leitos. Na função de porta de entrada, as miniequipes (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psiquiatra, enfermeiro) do Henrique Roxo renovaram a divisão tradicional seguindo a lógica de saúde mental em áreas geográficas distintas para realizar e acompanhar o projeto individualizado dos pacientes construídas desde o ingresso até a extinção de medida e desinstitucionalização. As equipes rosa, azul e prata, verde<sup>177</sup> são responsáveis pelas regiões: Metropolitana 1,2,3, Baixada Litorânea, Centro-Sul Fluminense, Médio-Paraíba, Noroeste Fluminense, Região Serrana e Baía da Ilha Grande. Entre os projetos desenvolvidos, o Projeto Vida utiliza a perspectiva da redução de danos, acresce ao trabalho o grupo de autoajuda Narcóticos Anônimos (NA), as aulas do programa “Brasil Alfabetizado” e o projeto de geração de renda sob responsabilidade da Terapia Ocupacional da unidade. Na unidade, havia uma “casa de passagem” para os desinternados albergados de longa permanência institucional, sem suporte familiar, transferidos do HCTP Henrique Roxo para o Heitor Carrilho no período de reestruturação dos hospitais.

---

<sup>176</sup> Há uma placa na instituição com as seguintes informações: “Aos companheiros Dr. Antônio Flavio Roque e Dr. Wilmar Valente Paragó da equipe técnico-administrativa Hospital Penitenciário “Heitor Carrilho” (JSPCS/DESIPE/SJU), 1978. Fato que indica necessidade de estudos focais a fim de compor o histórico institucional do HCTP Henrique Roxo.

<sup>177</sup> Em novas reestruturações, a equipe verde se desfez há aproximadamente cinco anos, restando somente as demais equipes (rosa, azul, prata).

Finalmente, o Hospital de Psiquiatria Penitenciária Roberto Medeiros<sup>178</sup> em Bangu foi criado em dezembro de 1977<sup>179</sup> com objetivo de receber presos com transtornos psiquiátricos em caráter de emergência durante o cumprimento de pena. Contudo, em 2 de agosto de 2005, o Decreto 38.073 transforma-o em Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros, adaptando-o para receber “dependentes químicos” em tratamento compulsório por determinação judicial no extinto DESIPE<sup>180</sup>. A unidade conta com os seguintes profissionais: psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, assistente social e, em relação às outras atividades, há atendimento dos Narcóticos Anônimos (NA) e assistência religiosa na instituição. No organograma vigente<sup>181</sup>, a instituição é denominada de Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros<sup>182</sup>, com capacidade total de 121 leitos. Esse Hospital ficou com a atribuição da recepção de presos provisórios (acautelados) masculinos e femininos, incrementado numericamente a partir da nova Lei de Cautelares Penais (Lei n. 12.403/11) e também com atendimento ambulatorial de ambos os sexos, saindo da atribuição de emergência psiquiátrica após a abertura da UPA. A partir de 2011, as emergências psiquiátricas do Complexo de Gericinó e todos os lugares equidistantes da Capital são atendidos pela Unidade de Pronto Atendimento construída em parte do terreno pertencente ao Hospital Penal Dr. Hamilton Agostinho Vieira de Castro, semelhante aos moldes das UPAs, em geral feitas em *containers* brancos. Agrega as funções de HCTP pelas dificuldades espaciais existentes para acolher todos os

---

<sup>178</sup> São registrados Roberto Medeiros e Roberto de Medeiros nos decretos existentes sobre a instituição.

<sup>179</sup> O Decreto n. 1083, de 26 de Janeiro de 1977, Cria o Hospital de Psiquiatria Penitenciária Roberto Medeiros, na estrutura básica da Secretaria de Estado de Justiça. O Decreto n.38.073 de 2 de agosto de 2005 transforma o Hospital Penal Psiquiátrico Roberto de Medeiros em Centro de Tratamento em Dependência Química Roberto Medeiros.

<sup>180</sup> A Secretaria de Administração Penitenciária (SEAP) foi criada através do Decreto n.32.621, de 1º de Janeiro de 2003.

<sup>181</sup> Decreto n.44.130 de 20 de Março de 2013 – altera a estrutura organizacional da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP).

<sup>182</sup> Endereço do CDPQRM, atualmente, Hospital Penal Psiquiátrico Roberto Medeiros – Complexo de Gericinó, Bangu, Rio de Janeiro (RJ).

internados (no caso, as mulheres e os dependentes químicos graves) ou presos provisórios (acautelados), ausentes no único HCTP, o Henrique Roxo, em sua missão na SEAP no período pesquisado.

Os três hospitais penais psiquiátricos em conjunto formam a rede de acolhimento de internados nas seguintes condições específicas no ingresso do sistema penal: transtorno mental, desenvolvimento mental incompleto ou abuso de substâncias psicoativas. Desde o segundo semestre de 2009, a Coordenação de Gestão de Saúde Penitenciária concentrou ações com a finalidade de racionalizar o funcionamento dos três HCTPs, de forma a otimizar os recursos materiais e humanos existentes na SEAP, reduzir o número de hospitais de custódia no Rio de Janeiro e reinserir os pacientes de longa permanência já desinternados. O HCTP Henrique Roxo<sup>183</sup> compôs a porta de entrada de pacientes do sexo masculino com medida de segurança (transtorno psiquiátrico, retardo mental e abuso de álcool e outras drogas), atendimento ambulatorial<sup>184</sup> de Niterói e unidades do interior, atendimento às emergências psiquiátricas das unidades prisionais e delegacias, até a inauguração da UPA em 2011. Antes da reorganização e adequação dos HCTP, o perfil de pacientes com abuso de substâncias psicoativas era delegado ao Roberto Medeiros que, inclusive, não aceitava comorbidades (transtorno mental e retardo mental). Com a reestruturação, essa atribuição se transfere para o HCTP Henrique Roxo, apesar das restrições em função do risco de fugas. Preconizou-se a transferência da Perícia para o HCTP Henrique Roxo com o planejamento de uma equipe multiprofissional, fato que não se concretizou. O objetivo era facilitar o serviço que dependia exclusivamente do transporte de periciados pelo Serviço de Operação Especial, o transporte de presos da SEAP.

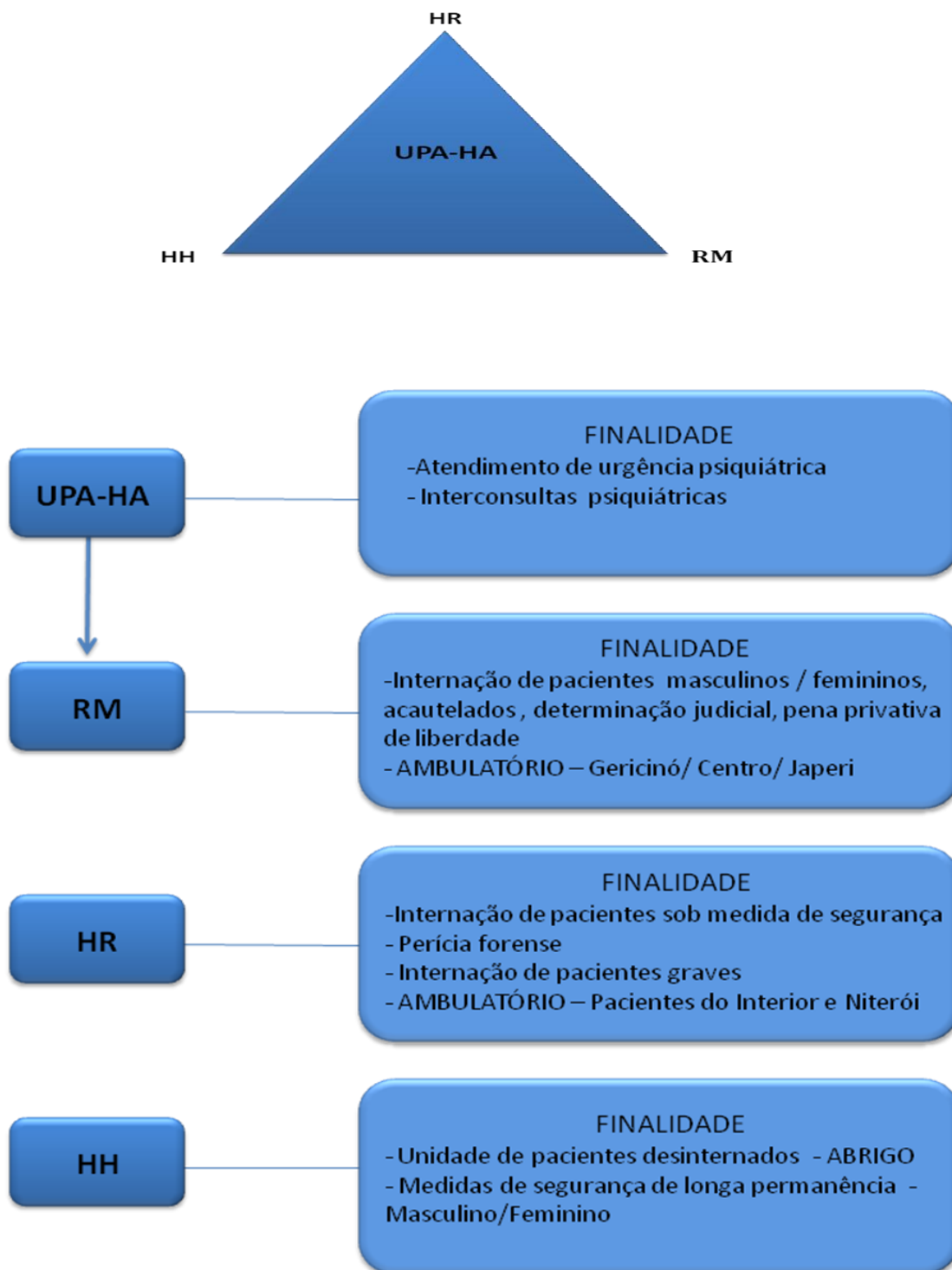
---

<sup>183</sup> Endereço do HCTP Henrique Roxo - Rua Professor Heitor Carrilho, sem número, Niterói (RJ).

<sup>184</sup> A partir da concepção da Lei Antimanicomial n. 10.216/2001, entende-se que o tratamento ambulatorial deve ser realizado no CAPS ou ambulatório de saúde mental, não mais em instituições fechadas, mesmo no período de um ano seguido até a extinção da medida de segurança.

FIGURA 33. FLUXO DO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO NA SEAP-RJ

## FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO – Masculino e Feminino



Fonte: Secretaria de Administração Penitenciária. Subsecretaria Adjunta de Tratamento Penitenciário. Coordenação de Gestão em Saúde Penitenciária. 2011.

As reestruturações institucionais registradas nas atas das equipes complementam a visão histórica retratada através de decretos, leis e diagramas oficiais já demonstrados. Há também diversas reestruturações das equipes de tratamento discutidas a partir da ata de 28/02/09. O desmonte de uma das equipes em função da saída de funcionários por motivos diversos (licença médica, aposentadoria), provocou a redistribuição dos funcionários entre as equipes restantes, dando margem a uma experiência micropolítica de recepção de presos provisórios (acautelados) por quatro meses até o redirecionamento deles ao Roberto Medeiros a partir de novas reestruturações institucionais (ata 03/10/11).

A equipe de presos provisórios era composta de profissionais da área de Enfermagem, Psiquiatria e Direito (na verdade, uma ISAP formada em Direito). Durante esse período, a ISAP foi deslocada para atividades administrativas, acrescentando uma assistente social para acolher as demandas de urgência, um embrião da concepção de uma perícia multiprofissional que questiona a perspectiva da criminologia positivista da porta de entrada do sistema penal, no qual a história dos sintomas prevalece como única, sem a pretensão da compreensão da história do sujeito concreto. Cabe lembrar que a Psiquiatria começa a enfatizar somente os aspectos objetivos e descritivos do adoecimento a partir da publicação DSM-III (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais), em 1980. Nesse ciclo de produções de saberes psiquiátricos, encerra-se o diálogo com outras perspectivas de saberes sobre os transtornos mentais. Desse manual em diante, exclui-se qualquer pretensão de escuta para além dos sintomas e a predisposição familiar do paciente, pois se considera a narrativa subjetiva um veículo de enganos próprios do estado patológico (CAPONI, 2012). Na prática da Psiquiatria Forense, equivale a buscar explicar origens e efeitos da conduta criminosa no louco nos campos biológicos, de disfunções cerebrais,



desconsiderando, a história pessoal do afetado e explicações complementares dos demais campos da saúde.

Por sua vez, o campo judiciário eclipsa os direitos básicos dos sujeitos sob a sua custódia em nome da segurança prisional. Um dos principais analisadores da situação são as transferências entre unidades de custódia. As transferências de pacientes entre os HCTPs não são meros deslocamentos objetivos, embora habitualmente tratadas dessa forma no sistema penal. O apenado/internado não possui gerência a respeito de sua estadia porque ocorre por motivos diversos (insubordinação, vaga, risco de vida, etc.), e os HCTPs evidenciam a complexidade dessa situação institucional. A abordagem do fato (a transferência de alguns) mobiliza a mediação de funcionários (equipes e ISAP) que discordam entre si na comunicação imediata da transferência dos internados para o Henrique Roxo. A comunicação em período próximo à ocorrência foi a saída encontrada pelas equipes. Não evitou, contudo, a prevista manifestação de resistência dos internados à transferência institucional (atas 13/01/10; 11/01/10). Na permuta, foram transferidos inicialmente dez desinstitucionalizados para o Heitor Carrilho, para continuidade do trabalho de desinstitucionalização, e dez internados foram deslocados para o Henrique Roxo, por não vislumbrarem desinternação futura próxima (atas 11/01/10; 18/01/10; 27/04/11). Até 2012, houve outras permutas de pacientes, vinte homens do Henrique Roxo e dois do Hamilton Agostinho para o Heitor Carrilho (ata 18/04/11) e o Roberto Medeiros que recebe mulheres internadas. Nessas trocas, há mudança no perfil institucional do HCTP Heitor Carrilho, que se transforma em maior frequência de idosos e acometidos de problemas clínicos graves, desencadeando demandas de saúde diferenciadas da composição etária anterior mais jovem.

Na desinternação, as equipes focaram em três fatores: a situação jurídica, a documentação dos internados e o acompanhamento intensivo da situação dos casos na

perícia psiquiátrica, em função da demora nos pareceres de desinternação. Uma das metas era solicitar ao menos a saída terapêutica para todos os internados em função do benefício das saídas sem a escolta do SOE (atas 11/01/10; 08/02/10, 15/03/10). As dificuldades da desinternação nos casos de delírios persistentes – resistentes às medicações psiquiátricas disponíveis ou a avaliação do risco evidente de reincidências – foram levadas à Sessão Clínica abertas à discussão pelos envolvidos na questão: perícia, equipe e dispositivos de saúde mental e de assistência social como o CRAS e o CREAS (ata 04/02/10).

Em meio ao desmonte do HCTP Heitor Carrilho, há a implosão do Complexo Penitenciário Frei Caneca em 13/03/2010. Sem definição quanto ao destino do Heitor Carrilho, questiona-se a sua implosão no conjunto do Complexo. Caso não fosse implodido, as estruturas do Heitor Carrilho suportariam a implosão pela proximidade? Eram questões indefinidas, silenciosas na instituição, e a sua destruição física era patente nesse caso. Com a finalidade de reduzir a tensão do deslocamento dos pacientes para o HCTP Henrique Roxo, uma programação do dia foi montada pelas equipes dos HCTPs envolvidos, descrita a seguir. Os técnicos participaram de todo o processo de deslocamento e retorno dos pacientes do HCTPHH no sábado específico da implosão do Complexo Frei Caneca, descritos no quadro 4 a seguir.

QUADRO 7. Programação do dia 13/03/2010

Horário	Atividade programada
06:30	Despertar dos pacientes
	Café da manhã e medicamentos
07:00	Início do embarque dos pacientes nos ônibus
08:00	Partida dos pacientes com destino ao Henrique Roxo
09:00	Previsão de chegada ao HR
	Lanche de boas vindas
10:00	Início das atividades de entretenimento
	1. Oficina de notícias
	2. Sessão de cinema
12:00	Almoço
13:00	Reinício das atividades de entretenimento
	3. Oficina de Música
	4. Teatro Liberarte
	5. Coral do HCTP Heitor Carrilho
	6. Harmonia Enlouquece
	7. Pagode do HCTP Henrique Roxo
	8. Centro de Teatro do Oprimido
	9. Coral do HCTP Henrique Roxo
16:00	Lanche da tarde de despedida
16:30	Embarque nos ônibus para retorno ao Heitor Carrilho

As gestões se sucedem, a continuidade das transições se estabelecem a cada gestor com realizações distintas. O gestor Marcos Argolo foi convidado a participar diretamente da gestão da Saúde Penitenciária, ingressou o médico psiquiatra Augusto Viegas Martins em curta gestão de 22 de setembro de 2010 a 15 de abril do mesmo ano. Sucendo-o na gestão do HH, a Assistente Social Tânia Maria Dhamer Pereira ingressou na direção em 15 de abril de 2010, permanecendo até 14 de maio de 2013. Essa gestão ofereceu continuidade nas transformações a partir de uma visão socioassistencial e ressaltada na atenção à saúde integral dos residentes da instituição. O número crescente de desinternados e o progressivo fechamento dos hospitais específicos para atendimento dos aprisionados no sistema penitenciário geraram a necessidade de

utilização do SUS com credenciamento institucional no SISREG<sup>185</sup>. Entre as ações de saúde integral no Sistema Único de Saúde, exames preventivos ginecológicos (ata 17/05/10) e urológicos (ata 13/09/10) para prevenção de câncer foram implantados na rotina institucional. Nas saídas, os internados utilizavam o transporte do Serviço de Operação Especial (SOE) até as unidades de saúde, e os desinternados utilizavam o carro cedido ao HH com o acompanhamento externo dos profissionais de Enfermagem.

Outra mudança significativa nessa gestão foi a tentativa de inclusão da Enfermagem e o ISAP nas reuniões de equipe. A Enfermagem possui histórico de entradas e saídas das reuniões de equipe devido ao regime de trabalho diferenciado em vários momentos na instituição. Os profissionais de Enfermagem eram plantonistas com uma chefia em determinado período (ata 19/10/09); em outro, só havia plantão aos domingos e duas supervisoras (ata 01/03/10); posteriormente, as enfermeiras se distribuíam entre o centro de estudos e a Enfermagem; e, por último, há retirada das auxiliares de Enfermagem das reuniões, apesar das reclamações dos técnicos por melhor cuidado dos internados na discussão direta com um representante da Enfermagem nas reuniões (ata 05/07/10). O ingresso dos ISAPs nas reuniões desencadeia a discussão das inúmeras funções assumidas pelas equipes, que denotam amplas expectativas de colaboração: dirigir carro, participar de oficinas e festas, distribuir roupas e colchões, auxiliar no banho de quem não desce ou resiste fazê-lo, ir às celas com auxiliares de Enfermagem, propor atividades lúdicas, observar a movimentação e brigas entre pacientes, buscar certidões em cartórios, sair para documentar junto com o técnico, avaliar as condições de higiene e dentária dos pacientes que não descem, proporcionar

---

<sup>185</sup>A sigla SISREG significa “Sistema Nacional de Regulação”. É um sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo o Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos.

banho de sol (ata 12/04/10). A direção também focou nos treinamentos de novos ISAPs na escola de gestão – o desafio era a mudança de mentalidade desde o ingresso no sistema prisional, ou seja, a mudança da “cultura prisional” para uma “cultura do cuidado” (11/01/10; 08/02/10). Alguns meses depois, os ISAPs saíram formalmente das reuniões de equipe dos técnicos, permanecendo a decisão a cargo das chefias específicas em conjunto com os subordinados (26/07/10), provavelmente em função da inconsistência entre os desejos das equipes e os anseios dos ISAPs, já delineados em outros estudos (CARRARA, 1998).

O manejo da instituição em fechamento incluiu novas experimentações de trabalho e contínuos remanejamentos de recursos humanos. Durante a redução contínua de médicos psiquiatras no sistema prisional, deslocaram-se dois médicos peritos para a assistência aos desinternados, em função da saída ou remanejamento de dois médicos das equipes (licença médica, falta de adesão aos propósitos institucionais atuais). Nesta gestão, retrata-se o HCTPHH mais aberto com determinação do direito do banho de sol diário, inclusive nos dias nublados (ata 07/06/10). Há reforma de vários espaços na unidade masculina, os vasos sanitários invertidos (denominados de “boi”) substituídos por vasos sanitários comuns. A pedido da Vara de Execuções Penais foram retiradas as grades de um dos andares do prédio dos homens que, por serem livres (desinternados), não podiam permanecer confinados atrás de grades físicas institucionais. Em contraste ao previsto, os desinternados começaram a solicitar portas para garantir a segurança dos pertences e da invasão alheia do espaço privativo. A sala de adequação pessoal da Enfermagem também foi reformada, há o retorno da montagem de uma pequena biblioteca para os pacientes, com horários distintos entre homens (terça-feira manhã) e mulheres (quinta-feira manhã), para maximizar o espaço e evitar incômodos produzidos

pelos encontros fortuitos e inesperados entre gêneros, regulação imperfeita de qualquer Instituição Total, embora haja espaços de convivência compartilhados.

Ainda nessa gestão, instalaram-se três “casas de transição”<sup>186</sup>, duas femininas e uma masculina, ocupando-se também o corredor do hospital por pacientes que necessitam maior atenção clínica (ata 05/09/11). Há discussão sobre as mudanças institucionais e a prática na instituição, com a nova vocação de abrigo até o seu fechamento total (ata 18/08/11). As casas de transição são “suítes” para grupo de quatro ou cinco desinternados, concretizadas a partir de verbas denominadas “empenho”<sup>187</sup> e da renda da cantina<sup>188</sup>. As casas eram espaços institucionais reformados, dois quartos atrás do Serviço de Internação Feminina (SIF) e um quarto fora dos pavilhões, ao lado da lavanderia, que se tornou a casa de transição dos homens. Os técnicos compraram mobílias básicas, roupas de cama, travesseiros, TV, geladeira, talheres e pratos, com a finalidade de aproximar as casas do ambiente externo não prisional (31/05/10; 05/07/10; 27/09/10). Entre a casa das mulheres e o pátio externo da instituição havia um portão que era trancado em situações específicas: banho de sol dos homens e final do dia, sinalizadoras das contradições institucionais – desinternadas protegidas, mas controladas no deslocamento dentro da instituição, uma difícil mudança da mentalidade institucional. Nesses espaços, iniciam-se as divisões de atividades da casa, o acompanhamento técnico, o estabelecimento de regras de convivência com direitos e deveres dos desinternados.

Outras mudanças espaciais relevantes ocorreram no pavilhão técnico: as salas de atendimentos tornaram-se enfermarias para pacientes mais idosos e/ou comprometidos,

---

<sup>186</sup> No Henrique Roxo, denominou-se “casa de passagem” e no Heitor Carrilho, “casa de transição”.

<sup>187</sup> Empenho é um recurso financeiro mínimo que é dirigido à unidade para pequenas despesas dentro da instituição, sem regularidade garantida.

<sup>188</sup> A cantina contém o trabalho voluntário de pacientes mais preservados, orientados pelas terapeutas ocupacionais, visando a gerar rendas que revertem nas urgências e necessidades dos próprios abrigados.

aproximando-os da equipe técnica para verificação de suas situações de saúde cotidianas. Entre os vários remanejamentos espaciais, forma-se uma copa comunitária, uma sala da defensoria pública; a sala de reunião tornou-se sala de repouso da Enfermagem plantonista, necessitada de melhores acomodações, e a sala de grupo transformou-se em sala de reunião. Fez-se uma sala de fisioterapia com materiais e finalidades específicas de trabalho por conta do novo perfil de idosos e portadores de necessidades especiais que ingressaram no HH, antes predominantemente de adultos jovens (ata 08/10/10; 20/08/12; 04/03/13).

Posteriormente, no retorno do gestor Marcos Argolo a partir de 14/03/14<sup>189</sup>, outras intervenções institucionais ocorreram. A sala de fisioterapia tornou-se sala da Enfermagem, mediante o fechamento do posto de observação e de enfermarias de crise, com a devolução dos equipamentos de emergência clínica. A finalidade era descaracterizar o hospital, à medida que o anexo se tornou um albergue de desinternados, remetendo-se as emergências ao SAMU e à UPA em Bangu.

Apesar das reorganizações espaciais, o HCTP continuou sem rumos definidos, havia hipóteses de que o terreno seria trocado por local destinado à perícia (sem o projeto da transferência para Henrique Roxo em Niterói) ou doado para construção de residências terapêuticas municipais (ata 17/05/10). Cogitou-se a transferência do HH para a Polinter de Campo Grande/Rio de Janeiro (ata 28/06/10), mas a ideia foi abandonada pela necessidade de reforma do local para recepção dos desinternados e da dificuldade do desenvolvimento das atividades atuais das equipes, que ocorriam principalmente no centro da cidade (documentação, participação em audiências, entre outras). A precariedade se instaura pela antiguidade do maquinário da lavanderia,

---

<sup>189</sup> Entre a gestão de Tânia Dhamer e a nova gestão do Argolo, teve-se uma rápida transição com a psiquiatra Kátia Mecler.

essencial principalmente pelo novo perfil de desinternados dependentes nos cuidados dos objetos pessoais. A solução encontrada foi a realização de duas rifas, com bilhetes vendidos aos técnicos, para compra de duas máquinas domésticas de lavar. Em contraposição, ao padrão de eternos improvisos das gestões aos lapsos lacunares estatais da SEAP, há o “esquecimento” dessa secretaria na inclusão das licitações de firmas de limpezas para os hospitais do sistema penal. Mais um fator de desequilíbrio sanitário, driblado com recursos criativos de compostagem, exportação do lixo para unidades prisionais próximas (solução questionada pelo tipo de lixo especial em questão), saídas peculiares para equacionar um problema institucional grave. Tal panorama se repete no final ano de 2015 quando termina o contrato com as firmas de limpeza, e novas soluções se aplicam. O adoecimento dos desinternados frente à falta de limpeza é patente e imediato, principalmente dos mais idosos, impacto previsível em qualquer estabelecimento de saúde. Frente a mais desafios, a equipe em reunião com a direção analisa a situação atual e encontra outra saída informal para a resolução das mazelas institucionais. A maioria dos desinternados possuíam benefícios, por essa situação peculiar, decidiu-se contratar diaristas por meio de rateio do custo entre os albergados para limpeza nos quartos e as partes principais de uso comum da instituição.

O número de desinternados abrigados ampliou-se significativamente com o entendimento jurídico de que não havia motivos para manter a internação somente pela falta de laços familiares e comunitários e pela confiança no processo desencadeado pela reestruturação dos HCTPs, entre eles o Heitor Carrilho. Na burocracia institucional, havia o controle das saídas terapêuticas com ou sem acompanhamento; a planilha dos desinternados/internados e o estabelecimento de regras de abrigamento ou contrato com o paciente se fazem necessários para a gerência dos cuidados de saúde (saídas para



consultas e exames) e a mobilidade externa por demanda da Enfermagem, dos ISAPs e até dos próprios albergados autônomos (ata 25/10/10).

A direção do Argolo anunciou a possibilidade de se usar o critério de Saúde Mental de área programática para nova divisão dos pacientes por equipe, no entanto, há resistência dos técnicos em abandonar os casos já em andamento, justificativa da não uniformidade prévia de regiões dentro da equipe, propõem-se a redistribuição dos pacientes entre as outras equipes (atas 06/04/11; 17/09/12). Em breve, a direção venceu as resistências em função do pensamento consonante com a área de saúde mental, houve a divisão das três equipes em apenas duas: Equipe 1, do município do Rio de Janeiro; e a Equipe 2 dos outros municípios do estado do Rio de Janeiro e outros estados do Brasil (ata 15/10/12). Posteriormente às novas saídas espontâneas de técnicos – com o anúncio de fechamento institucional e o deslocamento de alguns para novas funções – a equipe se torna única no ano de 2014 com redistribuições dos desinternados entre os técnicos.

Em 2013, houve uma divisão informal da estrutura institucional; apesar de constar no organograma apenas o Instituto de Perícia Heitor Carrilho, o gestor propôs um colegiado autogestivo de técnicos para gerir o abrigo a partir da criação do Instituto de Perícias Heitor Carrilho (ata 13/01/13). Entretanto, o andamento da questão se direcionou a permanência da Perícia e ao fechamento do anexo, dirigidos respectivamente, pela psiquiatra Katia Mecler<sup>190</sup>, indicada formalmente como diretora do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, e pela psicóloga Mônica Tostes<sup>191</sup>, indicada

---

<sup>190</sup> Katia Mecler, psiquiatra, doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2007), perita legista do Instituto Médico Legal Afrânio Peixoto, Perito-Psiquiatra do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, Psiquiatra da UFRJ e da UFF.

<sup>191</sup> Mônica Souza Pinto Tostes, psicóloga com pós-graduação em Psicologia Clínica PUC-RJ, é a atual subdiretora do Instituto de Perícias Heitor Carrilho, fato que rompe com a tradição anterior em que a direção médica dos hospitais da SEAP fazia dupla com uma subdireção ISAP com vistas à experiência no sistema penal.

informalmente na função de coordenadora do “Anexo”, inexistente no organograma institucional da SEAP.

O fechamento dos setores institucionais ocorreu em partes no decurso temporal, e os pavilhões femininos e masculinos encerraram as atividades em períodos distintos. O Serviço de Internação Feminino (SIF) foi fechado após a colocação das desinternadas nas casas de transição (atas: 27/01/11 a primeira casa; 31/01/11 a segunda casa), e a transferência das mulheres internadas restantes para o Roberto Medeiros (ata 13/08/12 indica a transferência para o dia 14 de setembro de 2012). O fechamento do pavilhão masculino reuniu vários eventos: a casa de transição dos homens e os quartos nos corredores do hospital (ata 05/09/11) e a reforma do alojamento dos ISAPs para transferência dos últimos desinternados (dia 19 de novembro de 2015). Na última mudança, classificaram-se todos os espaços ocupados pelos homens, nomeados pela chefia dos ISAPs (corredor: apto 101 com cinco pacientes homens; apto 102, dois pacientes homens; apto 103, seis pacientes homens; apto 104, quatro pacientes homens; Suíte-temporada, um paciente homem; Chalé A, três pacientes mulheres; Chalé B, 12 pacientes homens; Chalé C, quatro pacientes homens). As mudanças visavam à melhor acomodação dos albergados, após a compra de camas e colchões pelos próprios desinternados, e que serão levados na saída dos serviços residenciais terapêuticos (abrigo, residência terapêutica, moradia assistida).

O processo de desinstitucionalização foi concluído a partir de uma ordem judicial do Juiz da Vara de Execuções Penais no dia 18/02/16, fato que resultou no cumprimento da ameaça de prisão dos secretários de saúde de vários municípios do Rio de Janeiro<sup>192</sup>. No dia 19/02/16, foram transferidos todos os pacientes do Rio de Janeiro

---

<sup>192</sup> Justiça manda prender secretário de Saúde do Rio, Daniel Soranz. O Globo. Dia 18/02/2016. Últimos pacientes do Hospital de Custódia Heitor Carrilho deixam unidade. Extra. Dia 01/03/2016.

e os desterritorializados, redistribuídos em transinstitucionalização em hospitais da rede de saúde mental, mas com prazo até o dia 25/02/16 para redirecionarem para serviços residenciais terapêuticos, completando o fechamento total do anexo ou do abrigo no dia 29/02/2016, com a saída dos últimos desinternados, no total de 34 (31 homens e três mulheres), dos quais sete sem Benefício de Prestação Continuada (dois não possuem documentos). Todos os casos haviam sido discutidos na rede e os desinternados aguardavam SRT durante todo o processo de desinstitucionalização ocorrido no HCTP Heitor Carrilho.

QUADRO 8. Últimos desinternados abrigados no ano de 2016 Fonte: Instituto de Perícias Heitor Carrilho

Desinternados abrigados	Total
Homens	31
Mulheres	3
Total	34

QUADRO 9. Situação dos desinternados abrigados em 2016. Fonte: Instituto de Perícias Heitor Carrilho

Documentados	Sem BPC	Sem documentos e BPC	Total
25	7	2	34

---

QUADRO 10. Territórios por pacientes desinternados abrigados em 2016. Fonte: Instituto de Perícias Heitor Carrilho

TERRITÓRIOS	TOTAL
São Gonçalo	5
Miguel Pereira	1
Araruama	3
Espírito Santo	1
Rio de Janeiro	12
Campos	3
Iguaba	1
Caxias	2
Nilópolis	2
Niterói	1
Cabo Frio	1
Mesquita	1
Guapimirim	1
Total	34

QUADRO 11. Reinserção Psicossocial dos desinternados abrigados em 2010 - 2016 (últimos desinternados até 29/02). Fonte: Instituto de Perícias Heitor Carrilho.

TIPO DE INSERÇÃO	HOMEM	MULHER	TOTAL
Moradia assistida	16	4	20
Residência terapêutica	32	1	33
Família	51	27	78
Abrigo	7	1	8
Transinstitucionalização	23	3	26
Evasão	1	0	1
Óbito	4	0	4
Situação desconhecida (saída autônoma sem retorno à instituição)	1	0	1
TOTAL	135	36	171

Em tabela do ano de 2010 até o último dia de saída dos albergados, os resultados envolveram 167 albergados, 131 do sexo masculino e 36 do sexo feminino, resultando em cinco tipos de reinserções diferentes (moradia assistida, residência terapêutica, família, abrigo e transinstitucionalização), além de evasão, óbito, situação desconhecida (evadiram durante saída assistida, sem notícias de paradeiro). Lembramos que houve transferência de internados para os outros HCTP na reestruturação dos HCTP.

Os pavilhões masculinos, femininos e o pavilhão técnico se tornaram vazios, abandonados, tomados de infiltrações e com os portões despencados. Os técnicos foram transferidos, reaproveitados ou aguardavam decisões gerenciais da destinação. Os restos mortais institucionais evidenciavam o minimalismo de investimento governamental e os esforços contínuos das gestões locais na manutenção das estruturas possíveis. Na atualidade, o espaço institucional repousa em berço esplêndido, pelo impedimento judicial de aplicação do terreno aos outros fins sacramentados na doação do terreno, até a nova tomada de finalidades pelas promessas municipais de reaproveitamento dos recursos para garantir melhores recursos em Saúde Mental na Área Programática (AP) 1.0.

O prédio administrativo da perícia sobrevive à parte, apesar de todas as infiltrações estruturais insustentáveis e sobre todos os escombros institucionais restantes. Esse espaço se encontra em sobreaviso à divisão de espaços com um Museu da SEAP, localizado atualmente na escola de gestão SEAP, e aguarda a decisão sobre a possível implantação de uma perícia multiprofissional que propõe a redução (quem sabe o fechamento?) da porta de entrada dos HCTP a partir da *expertise* do trabalho desenvolvido e cartografado na presente tese. Mas essa atividade é mais um longo percurso de desafios, ações antimanicomiais em andamento processual...

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica promoveu o desmonte do paradigma da internação do louco para tratamento em estruturas manicomiais. Contudo, o modelo hospitalocêntrico persiste no judiciário na medida de segurança e se fundamenta nos campos legitimados das práticas psiquiátricas e judiciárias construídas historicamente. Na tese, buscou-se compreender a produção histórica do louco, da Psiquiatria, das legislações específicas e dos HCTPs, privilegiando a realidade do Rio de Janeiro, visando a compreender a internação compulsória ocorrida nos primórdios do Brasil. Posteriormente, a cartografia da desinstitucionalização toma forma, no caso do HCTP Heitor Carrilho, seguindo-se os passos documentais da trajetória de reestruturações até o fechamento institucional.

Na figura híbrida do louco-criminoso, as terminologias se alternam de louco a alienado, e deste à figura do *psicopatha*, termo abrangente, precursor do conceito moderno de transtorno de personalidade antissocial, com destinação final diferenciada posteriormente – os manicômios para os alienados e as prisões para os demais criminosos anômalos. O hibridismo da produção dos tipos de criminosos inscreve-os numa fronteira tênue entre o normal e o patológico e proliferam híbridos a serem decifrados pela perícia psiquiátrica: louco-criminoso, psicopata-criminoso, criminoso não psicopata, combinações infinitas que marcam definitivamente o campo emblemático da Psiquiatria na área jurídica. A justiça registra o psiquiatra na função de decifrador de enigmas científicos complexos, com inscrição no controle e na segurança pública.

Com a finalidade de conhecer as transições ocorridas no Rio de Janeiro no cuidado dos loucos, e subsequente separação dos loucos-criminosos, investimos no período imperial na capital do país, nas alianças da medicina social e da medicina

mental no projeto higienista da cidade, além da destituição do saber popular acerca do corpo e das doenças. A construção da periculosidade do louco culmina na grande internação no “Palácio dos Loucos” na Praia Vermelha, dando-se início à saga da estratificação das doenças e dos doentes nos múltiplos espaços (internos e externos) manicomializados: manicômio, colônia, ala e, finalmente, manicômios judiciários, local específico do encarceramento da loucura criminosa. Nesse contexto, a corrente eugênica predominou na intervenção médico-sanitária, na qual a concepção de degenerescência engloba explicações generalistas na construção categórica das doenças psiquiátricas. Há tentativas contínuas de depuração das explicações consideradas acessórias ao alcance do *status* científico da Psiquiatria, ramo recente da medicina no século XX.

Nesse bojo de mudanças, a Medicina Forense se constitui como o auge da inserção do psiquiatra na intromissão dos assuntos jurídicos sobre a loucura. Inicialmente, a Medicina Legal competia pelo espaço de avaliação; posteriormente, ambas ganham espaços especializados no controle dos corpos (o Instituto Médico-Legal) e da subjetividade (o Manicômio Judiciário) no campo jurídico. A construção do primeiro Manicômio Judiciário na América Latina – o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro – reflete a tessitura da orquestração final entre a Psiquiatria e o Judiciário no Brasil, uma vitória da expansão do saber médico no campo do Direito Penal. Plano audacioso, remetido à produção científica especializada, já iniciada no primeiro manicômio brasileiro sob a égide do Juliano Moreira, atualizada no MJRJ com Heitor Carrilho no comando magistral da instituição e participação contínua no campo legislativo na defesa da avaliação da periculosidade atual ou potencial dos loucos-criminosos.

Nos campos legislativos, há o convívio da medida de segurança do Código Penal de 1940 e a Lei Antimanicomial 10.216/2001. A primeira legislação sofre restritas modificações posteriores, provoca o obscurecimento e a falta de reconhecimento da legitimidade jurídica da segunda, competindo com ela. Na medida de segurança prevalece à concepção de periculosidade e de internação para tratamento de loucos-criminosos em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. A visão histórica das legislações dá o contorno e desnaturaliza o pensamento de que o lugar do louco-criminoso é no HCTP, uma vez que o legislativo empregava a prerrogativa do acolhimento familiar, do tratamento em hospitais ou até do aprisionamento em prisões comuns.

As experiências atuais, inovadoras, apresentam resultados favoráveis ao tratamento territorial acompanhado pelo judiciário. Contudo, amarras do passado estatal ditatorial, com auxílio de saberes médicos eugênicos, continuam optando pela segregação por tempo indeterminado. Será necessária a construção de novas concepções acerca da dialética do crime e da loucura? Diálogos e interseções entre as legislações existentes produzirão o caminho do meio ou a transformação de um sistema falido de longa data, o meio prisional? Ou as crises sociopolíticas acirrarão medidas repressoras, inoperantes à lógica da Saúde Mental, com difíceis ressarcimentos na tarefa de reinserção psicossocial?

O fechamento do HCTP Heitor Carrilho demonstra a relevância de cartografar processos instituintes de lógicas reintegradoras, no sentido não somente de desospitalizar, mas de questionar os paradigmas da Psiquiatria Forense em meio aos obstáculos ainda insuperáveis do processo de desinstitucionalização. O processo de extinção coloca em pauta as práticas panópticas e as práticas inovadoras na gestão do espaço institucional, que apontam uma luz no fim do túnel da longa permanência numa



instituição judiciária que propõe custódia e tratamento contínuo até o seu fechamento total.

A micropolítica de reinserção aborda os dilemas cotidianos da instituição nas gestões administrativas, cujas ações vão desde rupturas estruturais minuciosas do trabalho no HCTP com Marcos Argolo, à reforma interna no cuidado e atenção aos desinternados abrigados, com Tânia Dhamer. A nova gestão de Argolo descaracterizou o hospital-abrigo e continuou a extinção com ações externas sobre o “núcleo duro” da desinstitucionalização, aparentemente formado pela resistência da recepção de certos municípios do estado do Rio de Janeiro e mesmo do município do Rio de Janeiro, que herdou além dos seus munícipes, os desterritorializados de outros estados do Brasil.

As tarefas externas se expandem e as internas escasseiam para ampliar a rede numa proposta de direção infinita (dentro dos parâmetros de rede), tornando-se, eficazmente, a meta principal do trabalho. Com aliados internos à Justiça (defensores, CNJ) e externos da saúde mental e assistência social (supervisores em saúde mental, CRAS, CREAS, ESF), a rede se amplia, mas necessita de mais aliados para melhor operacionalização do objetivo de reinserção psicossocial. As reestruturações dos hospitais completam o ciclo de extinção do HCTP Heitor Carrilho com melhor racionalização das atribuições, sem superposições, possibilitando o aproveitamento do potencial institucional e das equipes.

O fim do HCTP Heitor Carrilho demonstra a possibilidade de uma reversão parcial da lógica da longa permanência em medida de segurança com vistas à reinserção psicossocial durante a internação. Cabe constatar que o período de um ano é considerado longa permanência em Saúde Mental. Contudo, no Judiciário, um ano em medida de segurança é o tempo mínimo para seu cumprimento em crimes de baixo

potencial ofensivo, podendo chegar a três anos prorrogáveis, de acordo com a gravidade do crime. Tal disparidade anuncia divergências abissais preexistentes entre o Código Penal e as concepções da área de saúde mental.

A medida de segurança pode cessar em todos os casos? A ilegalidade da prisão perpétua existe em casos da medida de segurança, mesmo em casos de baixo potencial ofensivo, pela ótica da criminologia positivista da perícia psiquiátrica. Portanto, nessa lógica a utilização da internação como último recurso preconizado na Lei 10.216/2001 ainda não se aplica como regra e provocará o inchamento progressivo dos HCTPs (pela tarefa, não só nominalmente) existentes a médio e longo prazo no Rio de Janeiro. A porta de entrada no sistema penal não se estreita pelo distanciamento entre as premissas do Código Penal e da Lei Antimanicomial n.10.216/2001, cujas vocações legislativas se distinguem pela polarização entre o aprisionamento pela internação em HCTP e o cuidado em saúde mental no território que, sem diálogos entre si, prevalece a decisão pela internação. Por outro lado, o receio da liberação generalizada dos indicados à medida de segurança, uma visão simplista da postura antimanicomial no judiciário, é um fantasma proferido pelos peritos psiquiatras sob a ressalva de beneficiar simuladores e reduzir a autoridade psiquiátrica no processo pericial. Ou, crimes desenfreados promovidos por loucos-criminosos impunes, colocados em liberdade.

Por sua vez, a Saúde Mental acostumou-se ao abismo construído entre a loucura e o crime, não reclama o seu usuário no judiciário, perde-o no processo kafkiano<sup>193</sup> típico, para talvez nunca mais encontrá-lo. A concepção de refinamento da assistência do louco dividida segundo competências específicas foi o alibi da criação dos manicômios judiciários para os loucos-criminosos. Na medida de segurança, o sistema penal retém o louco por período indeterminado, com renovações médicas perpétuas,

---

<sup>193</sup> KAFKA, FRANZ – O Processo. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

enquanto a assistência em saúde mental se ausenta ou nunca fez parte da vida do internado e talvez nunca faça se não tomar para si a tarefa de reinserção.

É imperativa a necessidade da interseção entre as políticas públicas de saúde mental e da política pública da saúde penitenciária. Senão, infelizmente, o acesso e a inserção nos serviços de saúde mental dependerão da política pública penitenciária implantada pelo gestor local e/ou por equipes implicadas, conforme referendamos na experiência do HCTP Heitor Carrilho. A criação de redes intersetoriais dependerá da filosofia gestora e técnica de cada instituição, e a articulação entre os setores em prol da reinserção psicossocial acontecerá se os envolvidos se provocarem e se implicarem. Do contrário, a espontaneidade não ocorrerá, em virtude da divisão de competências no tratamento do louco e do louco-criminoso, a síntese da falência da desinstitucionalização da loucura na maioria dos HCTPs brasileiros.

O crédito na institucionalização para a cessação da periculosidade persiste sem a cessação da violência cotidiana das instituições penais, que conciliam no tratamento e custódia, subjagam para dominar, violentam os direitos básicos em prol da função vital de vigiar e punir. O ambiente hostil e a violência onipresente provocam as equipes presentes no contorno de situações extremas da preservação da vida do internado/abrigado. A internação, em particular, e a longa permanência não amplificarão a [mal]dita “periculosidade” humana em torno da busca da sobrevivência em ambiente hostil na sua essência prisional? A estigmatização tem como parâmetro um padrão de normalidade que reduz o “estranho” a uma pessoa “estragada”, diminuída, estereótipo da maldade e do perigo; a resposta defensiva evidencia-se, a profecia presumida se concretiza. O louco-criminoso anuncia o seu descontrole, o *status* de periculosidade é a condição de sobrevivência à condição subjugada dos funcionários e à

imposição de rígidas posturas e regras de convivência prisional (GOFFMAN, 1988, 2001).

## REFERÊNCIAS

ABDALLA-FILHO, Elias. Avaliação de risco de violência em Psiquiatria Forense. *Rev. Psiq.Clin.* 31(6):279-284, 2004

\_\_\_\_\_ & TABORDA, José G.V. O renascimento da psiquiatria forense. *Rev.Bras.Psiquiatr.*, v.28 supl.2, S54-55, São Paulo out. 2006

ALDÉ, Lourenzo. Ossos do ofício – Processo de trabalho e saúde sob a ótica dos funcionários do Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro. Ano, 162 f.,Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 2003.

ALMEIDA, Francis Moraes de. *O esboço de Psiquiatria Forense de Franco da Rocha.* *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 137-150, março 2008

\_\_\_\_\_. Fronteiras da sanidade: da “periculosidade” ao “risco” na articulação dos discursos psiquiátricos forenses e jurídicos no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida** – A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro:SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

\_\_\_\_\_ (Ed).**Guia de fontes e catálogo de acervos e instituições para pesquisas em saúde mental e assistência psiquiátrica no estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Laps/Ensp/Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em:

[http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos\\_novo/dados/arq423.pdf](http://www4.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq423.pdf). Acesso em: 23 jun. 2010.

2004

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro** – Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo:Geração Editorial,2003

ARENDT, Hanna. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

AUGUSTO, C.B. & ORTEGA, F. A patologização do crime no Brasil. *Revista Direito GV*, São Paulo 7(1), jan-jun, 2011, p.221-236.

BAREMBLITT, Gregório Franklin. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. Rio de Janeiro:Rosa dos Tempos, 1998.

BARROS, Daniel Martins de. Neurociência Forense: um novo paradigma para a Psiquiatria Forense. *Psiquiatr.clín*, São Paulo, v.35, n.5, 2008

BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Por uma política de atenção integral ao louco infrator**. Minas Gerais:TJMG, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Um dispositivo conector** - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010b

\_\_\_\_\_. Loucura, Direito e Sociedade – Um laço de presunções ideologicamente justificadas. USP, *RDisan*, São Paulo v. 12, n. 3, p. 119-124, Nov. 2011/Fev. 2012

BERCHERIE, Pierre. **Os Fundamentos da Clínica** – história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

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

BIONDI Edison, FIALHO Jorge., KOLKER Tania. **A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01.** <http://www.carceraria.org.br> . Acessado em Julho/2013.

BLANCKAERT, Claude. Lógicas da antropotecnia: mensuração do homem e bio-sociologia (1860-1920). *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v.21, n.41, p.145-156, 2001.

BRASIL. Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de Julho, 1984.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria n.94, de 14 de janeiro de 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html). Acesso em: 18 mai 2014. 14 jan 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.95, de 14 de janeiro de 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html). Acesso em: 18 mai 2014. 14 jan 2014b.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. *Mutirão carcerário: raio-x do Sistema Penitenciário Brasileiro*. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/pesquisas-judiciarias/Publicacoes/mutirao\\_carcerario.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/pesquisas-judiciarias/Publicacoes/mutirao_carcerario.pdf). Acesso em: 17 maio 2014. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação n.35, de 12 de julho de 2011. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs\\_cnj/recomendacoes/recnpj\\_35.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/recomendacoes/recnpj_35.pdf). Acesso em: 8 jun. 2014. 12 jul. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Portaria n.26, de 31 de março de 2011. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/portarias/2011/port\\_gp\\_26\\_2011.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/portarias/2011/port_gp_26_2011.pdf). Acesso em: 31 maio 2014. 31 mar. 2011.

BRASIL. Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei n.10.216/2001. Ministério Público Federal, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução n.4, de 30 de julho de 2010. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/resolucoes/resolucao-CNPCP-4-2010>. Acesso em: 31 maio 2014. 30 jul. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça. Resolução n.113, de 20 de abril de 2010. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs\\_cnj/resolucao/rescnj\\_113.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/stories/docs_cnj/resolucao/rescnj_113.pdf). Acesso em: 31 maio 2014. 20 abr. 2010.

BRASIL. Ministério Público Federal. *Reforma psiquiátrica e manicômio judiciário: relatório final para reorientação dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico*. Brasília: Ministério Público Federal. 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei n.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. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm). Acesso em: 20 jun. 2015. 6 abr. 2001.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. Lei n.7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/17210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17210.htm). Acesso em: 20 jun. 2015. 11 jul. 1984.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a assistência a alienados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro->



[1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html](http://1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html). Acesso em: 20 jun. 2015. 22 dez. 1983.

BRITTO, Nara. **Oswaldo Cruz**: a construção de um mito na ciência brasileira [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 144p. ISBN85-85676-09-4. Available from SciELO Books. <http://books.scielo.org>

BURSZTYN, Marcel. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

CALDEIRA, Teresa. **Cidade de muros**: crime, segregação e cidadania em São Paulo. São Paulo: Editora 34, 2003

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

\_\_\_\_\_. A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 20, n. 1, abr. 2010 .

CARRILHO, Heitor Pereira. Considerações sobre medicina legal, a repressão e a profilaxia dos anômalos morais perigosos. *Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria*, ano II, 1920.

CARRILHO, Heitor Pereira. A delinquencia e a hygiene mental da pena. *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*. Rio de Janeiro: Anno III, março de 1930.

CASA DE OSWALDO CRUZ/FIOCRUZ. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil** (1832-1930). Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br> acesso em: 26/02/2015.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

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

CAPONI, Sandra. Magnan e a classificação das patologias psiquiátricas. *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.167-182, jul/dez 2011.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados** – uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de Medicina Popular e das Ciências Acessórias**. Vol.1 e Vol.2. Paris:Casa do autor, 1878.

COHEN, Claudio. A periculosidade social e a saúde mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.21, n.4, p.197-198. 1999.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Mutirão Carcerário – RX de Sistema Penitenciário Brasileiro. 2012. Disponível em: [http://www.cnj.jus.br/images/pesquisas-judiciarias/Publicacoes/mutirao\\_carcerario.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/pesquisas-judiciarias/Publicacoes/mutirao_carcerario.pdf). Acesso em: 17 mai 2014, 22:21.

CORREIA, Mariza. Nina Rodrigues e a “garantia da ordem social”. *Revista USP*, São Paulo, n.68, p.130-139, dezembro/fevereiro 2005-2006.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1989

\_\_\_\_\_ **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro:Garamond, 2006.

COSTA, Nilson Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário** – as origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro:Vozes, 1986

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

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix (1995): **Mil platôs**. V.1. Rio de Janeiro: Ed. 34.

DINIZ, Débora. A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil. Censo 2011. Disponível em [http://abp.org.br/a\\_custodia\\_tratamento\\_psiquiatrico\\_brasil\\_censo\\_2011](http://abp.org.br/a_custodia_tratamento_psiquiatrico_brasil_censo_2011). Acesso em: 17 mai 2014, 22:30.

ENGEL, Magali Gouveia. As fronteiras da “anormalidade”: psiquiatria e controle social. *Hist. Ciênc.Saúde – Manguinhos*, v.5, n.3, Rio de Janeiro. Nov.1998/Fev.1999.

\_\_\_\_\_. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FACCHINETTI, Cristiana; Ribeiro, Andreia; MUNOZ, Pedro. F. de. As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.15, supl., p.231-242, 2008.

FACCHINETTI, Cristiana. *Deglutindo Freud: história da digestão do discurso psicanalítico no Brasil 1920-1940.* Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

\_\_\_\_\_; CUPELLO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.527-535.

\_\_\_\_\_ et al. No labirinto das fontes do Hospício Nacional de Alienados. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.17, supl.2, dez. 2010, p.733-768.

FARIAS, Francisco Ramos. **Por que, afinal, matamos?** Rio de Janeiro: 7 Letras. 2010.

FERREIRA, Luiz Otávio. José Francisco Xavier Sigaud: um personagem esquecido, uma obra reveladora. *Hist.cienc.saúde –Manguinhos* [online]. 1998,v.5,PP.125-126.

ISSN 1678-4758. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701998000100007>. Acesso em: 01/11/2015.

FIQUEIRA, S. de A. O olhar inverso – As relações de poder no Complexo de prisões da rua Frei Caneca. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Memória Social – UNIRIO, 2012.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na cultura**. Tradução, Renato Zwick. Porto Alegre: LP&M. 1930.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. Rio de Janeiro:Vozes, 2015

\_\_\_\_\_ **História da Loucura**. São Paulo:Perspectiva,2012

\_\_\_\_\_ **A Verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro:Nau Editora, 2002

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

\_\_\_\_\_ **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal,1990.

\_\_\_\_\_ **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Guia de fontes e catálogo de acervos e instituições para pesquisas em saúde mental e assistência psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro : LAPS, 2004.

GARBAYO, Juliana. ; ARGOLO, Marcos José Relvas. Crime e doença psiquiátrica – perfil da população de um hospital de custódia no Rio de Janeiro. *J. Bras. Psiquiatr.* 2008;57(4):247-252.

GOFFMAN, Ervin. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988

\_\_\_\_\_. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GOIÁS. Ministério Público do Estado de Goiás. *Cartilha do Paili*: implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança. Goiânia: Ministério Público do Estado de Goiás. 2009.

GONÇALVES, Monique de Siqueira. Os primórdios da Psiquiatria no Brasil: o Hospício Pedro II, as casas de saúde particulares e seus pressupostos epistemológicos (1850-1880). *Revista Brasileira de História da Ciência*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 60-77, jan | jun 2013.

\_\_\_\_\_ & EDLER, Flavio Coelho. Os caminhos da loucura na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.12, n.2, p.393-410, junho 2009.

GONDAR, Josaída. Memória, poder e resistência. In: **Memória e espaço - trilhas do contemporâneo**. GONDAR, J. & BARRENECHEA, M.A. de (org.). Rio de Janeiro: 7Letras, 2003.

GONDAR, Josaida. & DODEBEI, Vera. (Orgs.). **O que é memória social?** Rio de Janeiro: Contra Capa/Programa de Pós-Graduação em Memória Social da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

HENRIQUES, Rogério Paes. De H. Cleckley ao DSM-IV-TR: a evolução do conceito de psicopatia rumo à medicalização da delinquência. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.12, n.2, p.285-302, junho 2009.

HENRIQUE, V. R. Setor de Perícias: uma visão mais ampla, uma melhor compreensão. In: **Psiquiatria forense, 80 anos de prática institucional**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

JACOBINA, R. R. & CARVALHO, F. M. Nina Rodrigues, epidemiologista: estudo histórico de surtos de beribéri em um asilo para doentes mentais na Bahia, 1897-1904. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. VIII (1): 133-32, mar.-jun. 2001.

JACÓ-VILELA, Ana Maria. (Org.). **Dicionário histórico de instituições de Psicologia no Brasil**. Rio de Janeiro:Imago, 2011

KATZ, Jack. **Seductions of crime**. New York: Basic Books, 1988.

KRAFFT-EBING. Psychopathia Sexualis. *Rev. Latinoam.Psicopat.Fund.*, São Paulo, v. 12, n.2, p.387-392, junho 2009.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**. Rio de Janeiro:Ed.34, 2000.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. Tradução Sebastião José Roque. São Paulo:Icone, 2007.

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro:Grael, 1981.

\_\_\_\_\_ et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

MACIEL, Laurinda Rosa. **A Loucura encarcerada: um estudo sobre a criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro (1896-1927)**. Dissertação (Mestrado em História) UFF, Niterói, 1999

MAIO, Marcos Chor. Brazilian Physician Nina Rodrigues: Analysis of a Scientific Career. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11(2):226-237, Apr/Jun, 1995.

\_\_\_\_\_ Afrânio Peixoto: nota sobre uma trajetória médica. *Revista da SBPC*, n.11, p.75-81

MARIUS-REY, Phillipe. O Hospício de Pedro II (1875). *Rev. Latinoam. Psicopat.Fund.*, São Paulo, v.15, n.2, p.382-403, junho 2012.

MATTOS, Virgílio de. *Crime e psiquiatria, uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan. 2006.

\_\_\_\_\_. A luta antimanicomial e a desconstrução de práticas punitivas. In: Magalhães, Carlos; Magalhães, José Luiz; Mattos, Virgílio de (Org.). **Desconstruindo práticas punitivas**. Belo Horizonte: Grupo de Amigos e Familiares de Pessoas em Privação de Liberdade; Conselho Regional de Serviço Social, 6ª Região. p.79-88. 2012.

MECLER, Kátia. Periculosidade: evolução e aplicação do conceito. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v.20, n.1, p.70-82. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Guia de fontes e catálogo de acervos e instituições para pesquisas em saúde mental e assistência psiquiátrica no Estado do Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro:LAPS, 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria n.94, de 14 de Janeiro de 2014. Diário Oficial da União. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0094_14_01_2014.html). Acesso em 18 de mai de 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria n.95, de 14 de Janeiro de 2014. Diário Oficial da União. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0095_14_01_2014.html)>. Acesso em 18 de mai de 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS. **Cartilha do PAILI** – Implementação da Reforma Psiquiátrica na execução das medidas de segurança, GOIÁS: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS, 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Reforma Psiquiátrica e manicômio judiciário:** Relatório final para reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, BRASÍLIA: MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2002.

\_\_\_\_\_. **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da lei n. 10.216/2001,** BRASÍLIA:MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2011.

MOREIRA, J. Notícias sobre a Assistência a Alienados no Brasil. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 728-768, dezembro 2011

\_\_\_\_\_. Assistência aos epiléticos: colônia para eles. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, Rio de Janeiro, n.2, 1905, p. 167-182. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol.17, n.2, dez.2010, p.572-581, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.

MUNOZ,Pedro Felipe Neves de, FACCHINETTI, Cristiana. & DIAS, Alistar Andrew Teixeira. Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894-1930). *Memorandum*, 20, 83-104. Retirado em 22/11/15, [http:// www.fafich.ufmg.br/memorandum /a20/ munozfacchinettidias01](http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/a20/munozfacchinettidias01)

NIETZSCHE, Friedrich. **O nascimento da tragédia**. São Paulo: Companhia das Letras. 2007.



\_\_\_\_\_. **Genealogia da moral.** São Paulo: Companhia das Letras. 2003.

NUNES, S. A. Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.373-389.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. Apresentação a “Insânia loquaz” (Jobim, 1831) e a “Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro” (Sigaud, 1835). *Rev.Latinoamericana Psicopat.Fund.*, VIII, 3, 554-556, 2005.

\_\_\_\_\_; DALGALARRONDO, Paulo. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 7(1), 128-41, 2004.

PACHECO, Maria Vera Pompel de Camargo. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. *Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, VI, 2, 152-157, 2003.

PARAENSE, Walter LOBATO. Oswaldo Cruz – Pesquisador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 5(4): 451-460, out/dez, 1989.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia:** pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PELBART, Peter Pál. **A nau do tempo-rei:** sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro:Imago. 1993

PERES, Maria Fernanda Tourinho & NERY FILHO, Antônio. A doença mental no direito penal brasileiro: inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *Hist. cienc. Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n.2,p.335-55, maio-ago, 2002 .

PERES, Maria Angelica et al. O ensino da psiquiatria e o poder disciplinar da enfermagem religiosa: O Hospício de Pedro II no segundo reinado. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, 2011, Out-Dez; 20(4):700-8.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Krafft-Ebing, a Psychopathia Sexualis e a criação da noção médica de sadismo. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, V.12, n.2, p.379-384, junho 2009.

\_\_\_\_\_. Morel e a questão da degenerescência. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v.11, n.3, p.490-496, setembro de 2008.

\_\_\_\_\_. Pinel, a mania, o tratamento moral e os inícios da Psiquiatria Contemporânea. *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.* VII, 3, 113-116, 2004.

PESSOA, G.T.A. Asilo de Mendicidade. 2014, <http://linux.an.gov.br/mapa/> Disponível em 21 de novembro de 2015.

PINTO, Diana Siva.; FARIAS, Francisco Ramos & GONDAR, Josaida. Experiência traumática: a construção de memória nos cenários do crime e da loucura. **In: Novos Apontamentos em Memória Social.** Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012.

PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura:** Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p.

PRADO FILHO, KLEBER & TETI, MARCELA M. A cartografia como método para ciências humanas e sociais. *Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.45-59, jan./jun. 2013.*

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil:** uma visão histórica. In:

RIBEIRO, Paulo Silvino. Franco da Rocha e publicação de suas ideias: uma análise do meio social na explicação etiológica da loucura. *Cad. Hist. Ciênc.* Vol.6 no.1 São Paulo jan./jul.2010.

ROCHA, Francisco Franco da. Esboço de Psiquiatria Forense. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 151-165, março 2008.

RODRIGUES, Nina. **As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil.**

Editora Guanabara, 1894.

\_\_\_\_\_. **As Coletividades Anormais.** Brasília, Senado Federal, Conselho Editorial, 2006. Original de 1939

\_\_\_\_\_. O Alienado no Código Civil – Apontamentos médicos-legais ao projeto do Código Civil, 1901. In: *Gaz. Méd. Bahia*, 2006; 75: Suplemento 2: S3-S10.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental.** Transformações Contemporâneas do Desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS.2006

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

SAIDON, Osvaldo & Kamkhagi, Vida Raquel (orgs.). **Análise Institucional no Brasil.** Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves; FARIAS, Francisco Ramos. Criação e extinção do primeiro manicômio judiciário do Brasil. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, 17(3), 515-527, set. 2014

SANTOS, Ana Luiza Gonçalves; FARIAS, Francisco Ramos; PINTO, Diana Silva Por uma sociedade sem Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. *Rev. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*: Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1215-1230.

SANTOS-FILHO, L. **História Geral da Medicina Brasileira.** Vol.2, São Paulo: Hucitec, 1991.

SEQUEIRA, Silva Maria de. Medida de segurança. In: **Ideias para a construção de uma Execução Penal Democrática**, n.1, 2010. NUSPEN – Núcleo do Sistema Penitenciário.

SERPA JR., Octavio Domont de. O degenerado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, V.17, supl.2, dez 2010, p.447-473.

STEPAN, Nancy Leys. **A hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2005.

SIGAUD, Jose Francisco Xavier. Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [on line], 2005, VIII, 2/novembro/2015. In: <<http://oai.redalyc.org/articulo.oa>>, acesso em 02/11/2015.

SILVA, Haroldo Caetano da. Reforma psiquiátrica nas medidas de segurança: a experiência goiana do Paili. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v.20, n.1, p.112-115. 2010.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. AS IDÉIAS EUGÊNICAS NO BRASIL: ciência, raça e projeto nacional no entre-guerras. *Revista Eletrônica História em Reflexão*: Vol. 6 n. 11 – UFGD - Dourados jan/jun 2012.

TEIXEIRA, Vanessa Barrozo; TAMBARA, Elomar Callegaro. O regime de Cátedra no ensino superior: os primeiros professores da escola de engenharia industrial da cidade de Rio Grande. *Revista HISTEDBR On-line, Campinas, nº 51, p. 54-63, jun2013 – ISSN: 1676-258*.

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

TUNDIS,Silvério Ameida & COSTA,Nilson Rosário. **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis:Vozes, 1990.

VELHO, Gilberto. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: Velho, Gilberto; Alvito, Marcos (Org.). **Cidadania e violência**. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ; Editora FGV. p.11-25. 1996.

VENÂNCIO, Ana Teresa Acautauassú. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez 2011, p.35-52.

\_\_\_\_\_.Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. *História, Ciência e Saúde*. Rio de Janeiro, v.10(3): 883-900, set.-dez. 2003.

\_\_\_\_\_. As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre o seu acervo pessoal e suas publicações. *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro. N.36, julho-dezembro de 2005, p.59-73.

VIANNA, T. L. O cadáver insepulto da periculosidade. In: Magalhães, Carlos; Magalhães, José Luiz; Mattos, Virgílio de (Org.). **Desconstruindo práticas punitivas**. Belo Horizonte: Grupo de Amigos e Familiares de Pessoas em Privação de Liberdade; Conselho Regional de Serviço Social, 6ª Região. p.35-43. 2012.

WEGNER, Robert; SEBASTIÃO DE SOUZA, Vanderlei. Eugenia ‘negativa’, psiquiatria e catolicismo: embates em torno da esterilização eugênica no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro.

## LEGISLAÇÕES

**Decreto nº 7.247**, de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino secundário no município da Côrte e o superior em todo o Império.

**Decreto nº 8.024**, de 12 de março de 1881. Manda executar o Regulamento para os exames das Faculdades de Medicina.

**Decreto nº 206-A**, de 15 de fevereiro de 1890. Aprova as instruções a que se refere o decreto 142-A, de 11 de janeiro último e cria a Assistência Médico-Legal a Alienados.

**Decreto nº.847**, de 11 de outubro de 1890. Promulga o Código Penal dos Estados Unidos do Brazil.

**Decreto n. 4.764**, de 5 de fevereiro de 1903 – Dá novo regulamento à Secretaria da Polícia do Districto Federal.

**Decreto n. 4.864**, de 15 de junho de 1903 – Manda observar o regulamento para o serviço médico-legal do Districto Federal.

**Decreto nº 1.132**, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados.

**Decreto nº 5.125**, de 1 de fevereiro de 1904. Dá novo regulamento à Assistência a Alienados.

**Decreto nº 8.834**, de 11 de julho de 1911. Reorganiza a Assistência a Alienados.

**Decreto nº 14.831**, de 25 de maio de 1921. Aprova o regulamento do Manicômio Judiciário.

**Decreto n.4.294**, de 06 de julho de 1921. Primeira lei específica sobre drogas no Brasil.

**Decreto n.15.848**, de 20 de novembro de 1922. Modifica algumas disposições dos regulamentos da Polícia Civil do Districto Federal.

Decreto n.16.570, de 17 de novembro de 1924. Approva o regulamento do Instituto Medico legal do Rio de Janeiro.

**Decreto nº 5148-A**, de 10 de janeiro de 1927. Reorganiza a Assistência aos Psicopatas no Distrito Federal

**Decreto nº 17.805**, de 23 de maio de 1927. Aprova o Regulamento para a execução dos serviços de Assistência aos Psicopatas no Distrito Federal.

**Decreto n. 2.848**, DE 7 de dezembro de 1940. Código Penal – Duplo binário: pena e Medidas de segurança cumulativa para inimputáveis.

**Lei 7.209/84**. Alterou o Código Penal de 1940, abandona o sistema duplo binário e adota o sistema vicariante.

**Decreto-Lei n.1.004**, de 21 de outubro de 1969. Código Penal. Os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, usando das atribuições que lhes confere o artº.3 do Ato Institucional nº.16, de 14 de outubro de 1969, combinado com o § 1º. Do art. 2º. Do Ato Institucional nº.5, de 13 de dezembro de 1968.

**Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001, Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

**Lei n. 7.210**, de 11 de julho de 1984, Institui a Lei de Execuções Penais

*Lei 10792, de 01 de dezembro de 2003, Altera a Lei n. 7.210, de 11 de junho de 1984, Lei de execução Penal e o Decreto-Lei n. 3.689, de 3 de outubro de 1941 – Código de Processo Penal e dá outras providências.*

## ANEXO 1 – TERMO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA.

*Conselho Nacional de Justiça*

TERMO DE ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA Nº /2012

**ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI CELEBRAM O CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, O GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, A PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, O TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO, A DEFENSORIA PÚBLICA ESTADUAL E O MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL, A ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL, OS CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA, ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, ODONTOLOGIA, PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL DO RIO DE JANEIRO, PARA OS FINS QUE ESPECÍFICA.**

O **CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**, com sede na Praça dos Três Poderes, em Brasília-DF, CNPJ 07421906/0001-29, doravante denominado CNJ, neste ato representado pelo Ministro-Presidente, Cezar Peluso, o **ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, com sede no Palácio da Guanabara, Rua Pinheiro Machado s/nº Laranjeiras, neste ato representado pelo seu Governador, Sergio Cabral Filho, a **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, com sede XXXXXXX, neste ato representado por seu Prefeito, XXXXXXX, RG XXXXXX e CPF XXXXX, o **TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO**



**ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, com sede XXXXXXX, CNPJ XXXXXXX, doravante denominado TJRJ, neste ato representado por seu Presidente, Desembargador XXXXXXX, RG XXXXXX e CPF XXXXX, a **DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO** neste ato representada por XXXXXXX, RG XXXX e CPF XXXXXXXXX, o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO** neste ato representado por XXXXXXX, RG XXXX e CPF XXXXXXXXX, a **ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL/ SECÇÃO RIO DE JANEIRO** neste ato representada por XXXXXXX, RG XXXX e CPF XXXXXXXXX, **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, com sede na XXXXXX, em XXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXX, **CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, com sede na XXXXXX, em XXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXX, **CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, com sede na XXXXXX, em XXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXX, **CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, com sede na XXXXXX, em XXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXX, **CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, com sede na XXXXXX, em XXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXX, o **CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, com sede na XXXXXX, em XXXXXXXXXXXXX, CNPJ XXXXXXXXX, **RESOLVEM** firmar **ACORDO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA**, com observância da Lei nº 8.666/1993 mediante as seguintes cláusulas e condições:

#### DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA – A cooperação entre os partícipes objetiva, prioritariamente, a conjugação de esforços para o aprimoramento dos meios necessários a uma efetiva e adequada execução das medidas de segurança atendendo aos objetivos da política antimanicomial, conforme a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, e a Recomendação nº 35 do Conselho Nacional de Justiça, com as seguintes diretrizes e orientações:

I – mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamento de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental, resgatando o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;

II – elo de diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, buscando a intersetorialidade necessária;

III – criação e manutenção de um núcleo interdisciplinar, auxiliar do Poder Judiciário, para os casos que envolvam sofrimento mental, para atuar nos seguintes processos:

- incidente de insanidade mental e respectivos processos crimes (Varas Crimes);

- execução de medida de segurança;

- incidente por doença superveniente, na hipótese legal de substituição de pena por medida de segurança em sede de execução.

IV – fornecer os meios necessários para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre a manutenção dos laços familiares;

V – auxílio na promoção da reinserção social do paciente judiciário, fortalecendo suas habilidades e possibilitando novas respostas na sua relação com o outro, buscando a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei 10.216 de 2001;

VI – manutenção permanente de contato com órgãos públicos e sociedade civil visando a manutenção e efetivação de um projeto de atenção integral aos pacientes judiciários submetidos às medidas de segurança.

#### DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTICIPES

CLÁUSULA SEGUNDA – Para a consecução do objeto deste Acordo, os partícipes comprometem-se, conjuntamente a envidar esforços e adotar, direta ou indiretamente, ações com vistas à realização de encontros, debates e viabilização do mutirão de medidas de segurança, nos termos do objeto deste Acordo.

I - adotar ações com vistas a concretizar as ações de política antimanicomial, de modo que possibilite a criação e a manutenção do núcleo interdisciplinar, auxiliar do Judiciário, composta por psicólogos, assistentes sociais e judiciais, bacharéis de Direito, estagiários de psicologia, assistência social e de direito;

II - intercambiar informações, documentos e apoio técnico-institucional necessários ao cumprimento da execução da medida de segurança;

III - acompanhar e avaliar, durante o processo criminal, constantemente, a execução das ações a serem desenvolvidas até a finalização da execução penal;

IV - dar publicidade às ações advindas deste Ajuste, desde que não possuam caráter sigiloso.

CLÁUSULA TERCEIRA – Para a consecução do objeto deste Acordo, o Governo e a Prefeitura do Rio de Janeiro compromete-se a disponibilizar todos os meios necessários, tais como segurança, transporte, local e servidores, bem como local apropriado para a realização dos exames de cessação de periculosidade e insanidade mental.

#### DA ADESÃO

CLÁUSULA QUARTA - Outros órgãos e instituições poderão aderir ao presente instrumento.

#### DO ACOMPANHAMENTO

CLÁUSULA QUINTA – Os partícipes designarão gestores para acompanhar, gerenciar e administrar a execução do presente Acordo.

Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) Estado

Secretaria de Estado Assistência Social e Direitos Humanos

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – SMSDC (Prefeitura do Rio)

Conselhos de Secretaria Municipais de Saúde

Secretaria Municipal de Assistência Social – SMAS

Centro de Referência da Assistência Social - CRAS

Secretaria Municipal de Habitação

Secretaria de Administração Penitenciária

O Conselho Penitenciário

#### DOS RECURSOS FINANCEIROS E MATERIAIS

CLÁUSULA SEXTA – O presente Acordo não envolve a transferência de recursos. As ações dele resultantes que implicarem repasse ou cessão de recursos serão viabilizadas mediante instrumento apropriado.

#### DA EFICÁCIA E DA VIGÊNCIA

CLÁUSULA SÉTIMA – Este Acordo terá eficácia a partir da data de sua assinatura e vigência de doze meses, podendo ser prorrogado automaticamente.

#### DO DISTRATO E DA RESILIÇÃO UNILATERAL

CLÁUSULA OITAVA – É facultado aos partícipes promover o distrato do presente Acordo, a qualquer tempo, por mútuo consentimento, ou a resilição unilateral por iniciativa de qualquer

deles, mediante notificação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, restando para cada qual, tão-somente a responsabilidade pelas tarefas em execução no período anterior à notificação.

#### DAS ALTERAÇÕES

CLÁUSULA NONA – Este instrumento poderá ser alterado, por mútuo entendimento entre os partícipes, durante a sua vigência, mediante Termo Aditivo, visando aperfeiçoar a execução dos trabalhos, exceto no tocante ao seu objeto.

Parágrafo único – Fica estabelecido que eventuais detalhamentos necessários à consecução do presente Acordo poderão ser formalizados por meio de correspondência entre os gestores designados pelos partícipes.

#### DA AÇÃO PROMOCIONAL

CLÁUSULA DÉCIMA – Em qualquer ação promocional relacionada com o objeto do presente Acordo será, obrigatoriamente, destacada a colaboração dos partícipes, devendo ter caráter exclusivamente educativo, informativo ou de orientação social, vedadas ações promocionais que tenham quaisquer outros propósitos.

#### DA LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA– Aplicam-se à execução deste Acordo, conforme o caso, a Lei n.º 8.666/93, no que se refere ao CNJ, e no que couber, os preceitos de Direito Público e, supletivamente, os Princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições do Direito Privado.

#### DA PUBLICAÇÃO

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – O extrato do presente instrumento será publicado no Diário de Justiça Eletrônico, pelo CNJ, de acordo com o que autoriza o art. 4º da Lei nº 11.419, combinado com o parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93.

#### DO FORO

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – Não haverá estabelecimento de foro. Eventuais dúvidas ou controvérsias oriundas deste instrumento serão dirimidas de comum acordo pelos partícipes.

E, por estarem assim atestados, assinam os celebrantes o presente instrumento, para todos os fins de direito.

Rio de Janeiro, 29 de março de 2012.

## ANEXO 2 – PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ATENÇÃO EM MEDIDA DE SEGURANÇA

### PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA A ATENÇÃO DOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS EM MEDIDA DE SEGURANÇA NOS HOSPITAL DE CUSTODIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Este protocolo tem como objetivo apresentar normas e fluxos para atendimento dos pacientes com transtornos mentais que cumprem medida de segurança nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico no Estado do Rio de Janeiro e, desta forma, contribuir para a construção de uma política intersetorial para a atenção integral das pessoas com transtorno mental em conflito com a lei.

Nesse protocolo, define-se internação como o tempo necessário para a construção de um projeto terapêutico individualizado.

#### I – CRIAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE MENTAL:

Para a construção desta proposta será fundamental a criação de um sistema de informação de saúde mental, contendo dados sobre os pacientes em cumprimento de medidas de segurança nos HCTP. Este sistema será realizado pela SEAP para aplicação num primeiro momento nos três Hospitais.

Neste sistema será necessário as seguintes informações:

- Identificação do paciente e de sua rede familiar
- Informações sócio- econômicas
- Informações sobre o delito
- Histórico de tratamentos
- Informações do Exame de Sanidade Mental
- Informações sobre a sentença
- Projeto terapêuticos proposto pelas equipes de referencia
- Informação contidas no parecer propondo a desinternação
- Informações da Assentada do Juiz

#### II – NORMAS E FLUXOS PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES:

Para efeito da construção deste protocolo, a clientela atendida foi dividida em 05 subgrupo:

1. Pacientes em início do cumprimento da medida de segurança;
2. Pacientes que já estão cumprindo medida de segurança;

3. Pacientes em processo de desinternação;
4. Pacientes em condições de desinternação, mas sem suporte familiar;
5. Pacientes desinternados, em condições de abrigo.

**1- Pacientes em início do cumprimento da medida de segurança:**

- a) Inclusão no Sistema de Informações de saúde mental;
- b) Definição de equipe de referencia interna (equipe HCTP);
- c) Construção da equipe de referencia externa acionada a partir da equipe de referencia interna;
- d) Inserção do paciente em serviço territorial;
- e) Construção junto à rede social do paciente de um projeto terapêutico em serviço extra-muros na própria comunidade- o projeto terapêutico em questão deverá ser construído pelas equipes internas e externas, a partir dos recursos e dificuldades apontados pelo paciente e sua rede social;

Ressaltamos a importância da intersetorialidade na composição das equipes de referencia externa, equipe de saúde mental e dos serviços da Secretaria de Assistência Social (CRAS ou CREAS), constituindo uma parceria intersetorial de acordo com a lógica territorial.

A notificação da entrada do paciente cumprindo medida de segurança deverá ser feita:

- no âmbito da Secretaria de Saúde, para o serviço de saúde mental, para a coordenação Municipal de Saúde Mental e a Coordenação de Saúde Mental e,
- no âmbito da Secretaria de Assistência Social, para a coordenação de Ação Social e para o CRAS ou CREAS do território.

**2- Pacientes que já estão cumprindo medida de segurança:**

- a) acompanhamento junto à rede social do paciente do projeto terapêutico em serviço extra-muros na própria comunidade.

**3- Pacientes em processo de desinternação:**

- a) Visitas terapêuticas visando a construção de vínculos nos serviços extra-muros e na rede social.

**4- Pacientes em condições de desinternação, mas sem suporte familiar:**

- a) Levantamento de informações sobre a situação do paciente e sua rede social;
- b) Reinvestimento no contato com os familiares que não vivem;
- c) Informação junto à família dos motivos da resistência;



- d) Construção junto à família e aos dispositivos extra-muros de um projeto para a atenção integral do paciente e sua rede familiar com o objetivo de viabilizar condições de desinternação.

**Pacientes sem referencia familiar e com autonomia:**

- a) Levantamento de informações sobre a situação do paciente e tentativa de localização de algum membro da família ou da comunidade;
- Nos casos em que não forem localizadas quaisquer referencias familiares avaliar possibilidade de moradia autônoma ou assistida.
  - Construir projeto terapêutico para viabilizar moradia autônoma ou assistida;

**Paciente sem referencia familiar, com pouca autonomia e que necessitam de cuidados para atividades da vida diária:**

- Levantamento de informações sobre a situação do paciente e tentativa de localização de algum membro da família ou comunidade;
- Nos casos em que não forem localizadas quaisquer referencias familiares indicação de residência terapêutica.

Cabe à Secretaria de Saúde:

- 1) Garantia de atendimento em serviços de atenção diária;
- 2) Direito ao Programa de Volta Para Casa- se preencher os critérios para inserção nesse programa.

Cabe a Secretaria Estadual de Administração Penitenciária:

- 1) Construção do Projeto Terapêutico junto as equipes externas.

Cabe à Secretaria de Ação Social:

- 1) Complementação de suporte social para usuários e familiares ou responsáveis.

Quanto a Assistência a Saúde:

- A saúde prestará assistência mesmo com o usuário cumprindo medida de segurança ou residindo no hospital de custódia;
- Será mantida lógica territorial no encaminhamento dos pacientes.

Pacientes sem referencia territorial:

- A equipe que prestará assistência será aquela definida pelo local de moradia.

Pacientes com referência s em outros Estados:

- Contato inicial entre as Coordenações Estaduais de Saúde Mental.

### III- FÓRUM PERMANENTE PARA APRESENTAÇÃO E INTERLOCUÇÃO DOS PROJETOS TERAPEUTICOS:

Como dispositivo fundamental para a formulação dos projetos terapêuticos e para a avaliação das estratégias criadas para a construção desta política intersetorial será a Reunião de Coordenadores municipais de saúde mental realizadas todas as terceiras quintas-feiras do mês.