

# Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários

*Madness and criminal law: clues to the extinction of judicial asylums*

Haroldo Caetano<sup>1</sup>, Silvia Tedesco<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202112815

**RESUMO** As interfaces entre a loucura e o direito penal, com a análise das medidas de segurança diante da Lei Antimanicomial e das políticas de atenção à saúde mental no Brasil, assim como a experiência do Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili), integram os planos de desenvolvimento deste artigo. Discutem-se aqui o tratamento penal da loucura, a natureza jurídica e os fundamentos teóricos das medidas de segurança, bases a partir das quais são formuladas pistas que se voltam para o fechamento dos manicômios judiciários.

**PALAVRAS-CHAVE** Hospitais psiquiátricos. Medidas de segurança. Transtornos mentais.

**ABSTRACT** *The interfaces between madness and criminal law, with the analysis of security measures under the Antimanicomial Law and the mental health care policies in Brazil, as well as the experience of the Crazy Infractor Integral Care Program (Paili), make up the development plans of this work. This article discusses the criminal treatment of madness, the legal nature and the theoretical foundations of security measures, the basis on which clues are formulated that focus on the closing of judicial asylums.*

**KEYWORDS** *Hospitals, psychiatric. Security measures. Mental disorders.*

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense (UFF) - Niterói (RJ), Brasil.  
haroldocaetano@gmail.com



## Introdução

A Constituição de 1988 inaugurou no Brasil o estado democrático de direito e, fundada no princípio da dignidade humana, passou a prever que ‘nenhuma pena passará da pessoa do condenado’<sup>1</sup>, dispositivo que pressupõe a ‘culpabilidade’ como condição essencial à aplicação da sanção penal. De sua parte, as medidas de segurança, instituídas pelo Código Penal de 1940 e mantidas na reforma de 1984, ainda se sustentam numa pretensa ‘periculosidade’ do louco e funcionam como sanções penais sem suporte no agora necessário pressuposto da culpabilidade. Como comentaremos mais à frente, vista como espécie de sanção penal, a medida de segurança é imposta ao louco mesmo diante de sua absolvição pelo juiz. A contradição normativa deveria, evidentemente, pender para a Constituição (que não admite qualquer sanção penal fundada na ideia de periculosidade) com o reconhecimento da não recepção constitucional das medidas de segurança, mas o que se tem ainda hoje, mesmo passados mais de 30 anos do novo regime constitucional, é a continuidade da aplicação das medidas de segurança instituídas na primeira metade do século XX e o persistente funcionamento do manicômio judiciário na maioria dos estados brasileiros.

De sua parte, a Lei nº 10.216/2001, conhecida como Lei Antimanicomial, veio para regular a atenção em saúde mental no País e trouxe regras que delimitam a função da internação psiquiátrica como um dispositivo terapêutico e que, como tal, deve observar os direitos do próprio usuário dos serviços, voltando-se exclusivamente ao interesse de beneficiar sua saúde, de forma que o efetivo tratamento seja realizado pela inserção na família, no trabalho e na comunidade<sup>2</sup>. Como veremos, as pesquisas na área de saúde mental reforçam a natureza psicossocial do transtorno mental, apontando, como orientação ético-clínica do tratamento, o acompanhamento técnico-especializado do processo de construção e fortalecimento dos nexos com a realidade social que também nos

constitui. Portanto, na qualidade de recurso terapêutico, a internação só será admitida por tempo delimitado e quando outros recursos extra-hospitalares não se mostrarem suficientes. A internação psiquiátrica passa a ser algo absolutamente distinto, assim, de expedientes de natureza eminentemente punitiva ou ‘de segurança’. Esta é prevista exclusivamente por breve tempo, indicada que é somente nos períodos de crise mais grave, devendo ser justificada por parecer abalizado de profissional competente da área da saúde mental. Outro ponto de grande importância é a vedação legal expressa da internação psiquiátrica em unidades que apresentem características asilares, o que evidencia, desde uma primeira leitura, a inafastável ilegalidade do funcionamento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), denominação dada a partir de 1984 ao manicômio judiciário.

Diante do ordenamento jurídico brasileiro, tem-se, então, uma disputa de interpretações sobre a norma positivada que transcende para uma disputa política entre posições favoráveis e contrárias ao manicômio judiciário e, por consequência, também diferentes quanto à aplicação e execução das medidas de segurança. Mesmo com a chegada das regras cristalinas da Lei Antimanicomial em 2001, ainda há quem sustente – e não são poucos – a legalidade do funcionamento dos manicômios judiciários.

Como não houve expressa alteração da legislação penal no que diz respeito às medidas de segurança para a sua adequação à ordem constitucional pós-1988, o Brasil passou a ter experiências distintas nessa matéria, convivendo com modelos completamente diferentes, quando não antagônicos entre si. De um lado, o manicômio judiciário, cujo funcionamento baseia-se na legislação penal; no extremo oposto, uma experiência antimanicomial que funciona desde o ano de 2006 no estado de Goiás sob a sigla Paili, o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator, que se orienta pelas regras definidas na Lei nº 10.216/2001, sem a utilização, em absoluto, da internação

manicomial. Também merece registro, nesse campo, a existência de outras práticas anti-manicomiais pelo País, de natureza mista, em que políticas antimanicomiais convivem com o HCTP no mesmo território.

É, pois, o panorama nacional das medidas de segurança, com suas fortes contradições, que motiva este artigo, pois não parece aceitável que o Brasil, federação que é e sob o pálio da Constituição de 1988, conviva com interpretações tão diferentes da norma na aplicação e na execução das medidas de segurança. Pessoas com transtornos mentais em situações jurídicas similares não deveriam ter destinos tão diferentes pelo simples fato de residirem neste ou naquele estado, notadamente quando a Lei Antimanicomial traça em sua completude, desde 2001, os caminhos a serem trilhados no campo da atenção em saúde mental em todo o País.

## Medidas de segurança

Nos termos em que estão reguladas no Código Penal<sup>3</sup>, as medidas de segurança são as sanções aplicáveis a quem pratica o crime, mas que não tem responsabilidade penal por não dispor, no momento do ato, de capacidade para reconhecer o seu caráter delituoso, ou por ter reduzida a capacidade de compreensão do ilícito em função de um transtorno mental.

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

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

No primeiro caso, diante da ‘inimputabilidade’ (art. 26, caput), o agente é absolvido no processo, sendo, todavia, submetido à medida de segurança em razão de sua presumida periculosidade<sup>3</sup>. No segundo, em face da ‘semi-imputabilidade’ (art. 26, parágrafo único), embora reconhecido como culpável e seja a princípio condenado pela prática criminosa, o agente tem a pena substituída por medida de segurança já na sentença condenatória, por força de sua capacidade penal reduzida<sup>3</sup>. Tem-se nessas hipóteses, então, medidas de caráter pretensamente preventivo que se destinam a evitar a prática futura de crimes por parte daquele que é identificado como perigoso. Embora expostas de forma asséptica como providências voltadas ao tratamento curativo do indivíduo, as medidas de segurança constituem-se, essencialmente, em sanções penais que não se fundam na culpabilidade, mas, sim, na presumida periculosidade do agente, conceito que vem da ficção jurídica construída a partir da junção entre a prática criminosa e o transtorno mental. Por definição, as medidas de segurança são, portanto, as sanções penais aplicáveis aos loucos.

## Periculosidade

A ‘teoria da periculosidade’, ideia sedutora para muitos e que vem sendo, desde 1940, utilizada como fundamento para a imposição das medidas de segurança com seu inafastável caráter sancionatório, é aplicada acriticamente como justificativa para a segregação indeterminada (e muitas vezes perpétua) de quem tem algum transtorno psiquiátrico. A questão é resolvida em uma equação simplificadora:

Prática do crime + loucura = absolvição + medida de segurança.

A medida de segurança é um legado da Escola Positiva do Direito Penal, de raiz determinista, segundo a qual o homem não governa suas próprias ações e não tem liberdade de agir. Para o positivismo criminológico, a infração penal é expressão sintomática de uma

personalidade antissocial, anormal e perigosa. Reflexo de uma doença ou de uma anomalia, o crime não deve ter como resposta, então, uma sanção penal de natureza retributiva. Segundo essa perspectiva, a pena deveria ganhar, pois, a companhia da medida de segurança, esta de caráter preventivo e que seria capaz de alcançar os objetivos da correção, da educação, da inocuidade e da cura, proporcionando, na perspectiva do positivismo criminológico, a readaptação do delinquente à vida normal da sociedade. Em resumo: se, por um lado, a culpabilidade é a premissa fundamental de aplicação da pena; por outro, será a periculosidade, a partir do Código Penal de 1940, o pressuposto para a imposição da medida de segurança.

Acontece que a periculosidade, essa ideia tão arraigada na tradição jurídico-penal brasileira, não logrou acolhimento na Constituição de 1988, que trouxe novas balizas para a aplicação do direito penal dentro de parâmetros democráticos. Distintamente dos regimes anteriores, ao prever que ‘nenhuma pena passará da pessoa do condenado’<sup>1</sup>, a Constituição de 1988 passou a exigir a culpabilidade como pressuposto, agora fundamental e inegociável, para a imposição de qualquer medida de caráter sancionatório pela justiça criminal, de maneira a demonstrar a não recepção da teoria da periculosidade no texto constitucional e, por consequência, a inconstitucionalidade das medidas de segurança.

A Constituição de 1988 trouxe uma inovação cuja relevância fica mais evidente quando a comparamos com as constituições anteriores. Desse fragmento do inciso XLV do art. 5<sup>o</sup>, que diz que nenhuma pena passará da pessoa do condenado, é que será possível extrair um decisivo elemento da aplicação da sanção penal, com repercussão fatal para as medidas de segurança.

A responsabilidade penal pessoal, pela qual a pena não pode passar da pessoa do agente do delito, não é algo novo, pois se fez presente desde a Constituição do Império (1824), vindo a se repetir nos textos constitucionais posteriores, à exceção da Constituição que

inaugurou a ditadura do Estado Novo. Já a ideia de culpabilidade, na qualidade de pressuposto da sanção penal, somente aparece na Constituição de 1988. Até antes desse ano, o direito penal da culpabilidade ainda não havia sido elevado à condição de princípio constitucional, de forma que o panorama jurídico anterior permitia sanções penais baseadas também na periculosidade do agente, caso das medidas de segurança.

A sutil distinção decorre do tratamento constitucional do tema nas constituições anteriores a 1988, em que a regra fundamental definia que nenhuma pena poderia passar da pessoa do ‘delinquente’. Se antes a pena não poderia passar da pessoa do ‘delinquente’, com a Constituição de 1988, ela (a pena) não pode passar da pessoa do ‘condenado’<sup>1</sup>. O delinquente não era apenas o indivíduo imputável, pois poderia ser identificado também entre aqueles sem responsabilidade penal, caso do louco que, assim, era submetido à medida de segurança, providência de conteúdo sancionatório. Já o condenado, a quem se reserva a pena no ambiente pós-1988, pressupõe a culpabilidade do agente, como demonstramos.

A Constituição de 1988 forma o alicerce jurídico assentado na dignidade humana, um dos fundamentos do Brasil como estado democrático de direito; e, se o texto constitucional não faz exceções, a dignidade do louco está contemplada, devendo assim ser respeitada pelas instituições do Estado. De tal sorte, se a Constituição não admite a imposição de sanções penais sem o pressuposto basilar da culpabilidade, o que se tem no plano da validade das normas é a não recepção constitucional da teoria da periculosidade e do sistema de medidas de segurança nela fundado.

## Lei Antimanicomial

A Lei nº 10.216/2001 contemplou no plano normativo o modelo historicamente defendido pelos ativistas da Luta Antimanicomial, tendo como diretriz a reformulação das políticas

de atenção à saúde mental mediante a transferência do foco do tratamento, que antes se concentrava na internação em instituição hospitalar, para uma rede de atenção psicossocial estruturada em unidades de serviços comunitários e abertos<sup>2</sup>. Essas reformulações se devem a pesquisas científicas, desenvolvidas por décadas, como destacado por Amarante<sup>4</sup>, Delgado<sup>5</sup>, Carvalho et al.<sup>6</sup>, que revelam ser o transtorno mental de base psicossocial. Passa-se a entender que tanto a proliferação enriquecedora da vida como seus impasses e colapsos não são gerados exclusivamente no interior da vida psíquica, de modo que não podem ser buscados apenas no indivíduo isolado, enfocando nele os problemas e as dificuldades. Os transtornos mentais emergem do esgarçamento, da fragilização e do empobrecimento dos vínculos sociais, sempre considerados como vias de mão dupla. Portanto, o cuidado competente, dirigido à saúde mental, não pode se dar em locais nos quais as relações psicossociais são rarefeitas ou inexistentes. Cabe acompanhar os processos de constituição desses nexos e, atentando para o caráter recíproco destes, não desconsiderar a responsabilidade de todos aí implicados, para assim intervir clinicamente, caso a caso, na reconstrução e no fortalecimento dos nexos existenciais que nos constituem<sup>7-9</sup>.

Todo e qualquer atendimento em saúde mental deve, necessariamente, obedecer à Lei nº 10.216/2001, verdadeiro estatuto jurídico do louco, voltado à proteção e à garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental. Fundada na dignidade humana e na liberdade como princípios, a assistência em saúde mental passou a ter como objetivo maior a reinserção social do paciente. De meramente psiquiátrica, a atenção em saúde mental foi ampliada para contemplar o amparo psicossocial do indivíduo, e este, antes manejado feito objeto ao talante de interesses diversos, é reconhecido como sujeito, com direitos bem definidos; e a internação psiquiátrica de longa duração, comprovadamente provocadora de agravos, outrora utilizada com objetivos nada

eficientes e pouco nobres, como denunciado por Arbex<sup>10</sup>, tornou-se, como comentaremos mais à frente, dispositivo dos serviços de saúde, de caráter excepcional, por período breve e que seja justificado por parecer clínico. Como explica Bicalho<sup>11(53)</sup>, a reforma psiquiátrica contempla, assim,

[...] a substituição de manicômios por uma rede de serviços de atenção psicossocial, além de propor uma mudança de atitude em relação à loucura através da participação política ativa por parte da comunidade como um todo, por meio de dispositivos coletivos e grupais que proporcionem uma mudança cultural na sociedade, através de um processo de desospitalização e desinstitucionalização da loucura.

O lugar do louco deixou de ser o manicômio para ser a vida em sociedade; e, para garantir a assistência à saúde mental no território da cidade, atuam os dispositivos substitutivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), instituída por meio da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro/2011<sup>12</sup>, e mais recentemente incluída na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro/2017<sup>13</sup>, ambas do Ministério da Saúde. Por sua vez, a Raps deve ser estruturada de forma a contemplar uma série de serviços de atenção à saúde mental, com destaque para a instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

A internação está legalmente prevista, sendo um recurso terapêutico possível e eventualmente necessário no atendimento à pessoa com transtorno mental, embora seja excepcional e somente aplicável quando outros recursos extra-hospitalares não se mostrarem aptos para o tratamento. Nos termos da Lei Antimanicomial, a internação poderá ser voluntária, involuntária e compulsória, esta última definida como sendo a que decorre de uma ordem judicial. Está proibida, em qualquer hipótese, a internação em instituições com características asilares, o que determina a ilegalidade do manicômio judiciário, estabelecimento asilar por excelência, incompatível



com o tratamento no campo da saúde mental e sem nenhuma sintonia com o objetivo permanente agora indissociável do atendimento em saúde mental, que é a reinserção social do paciente.

A lógica manicomial dá lugar à lógica da inclusão social em toda a sua plenitude, sem espaço para qualquer exceção no atendimento em saúde mental, de forma que a internação psiquiátrica, seja ela voluntária, involuntária ou compulsória, regular-se-á sempre pelos dispositivos da Lei Antimanicomial. Se os laços familiares e sociais são frágeis quando presente um transtorno mental severo, a ruptura causada por uma internação, particularmente quando de longa duração, pode simplesmente inviabilizar o objetivo maior do tratamento adequado, qual seja, a reinserção social do indivíduo. Essa perspectiva de inclusão social explica, como se percebe, a opção do legislador pelos recursos extra-hospitalares e pela estruturação de uma rede de atendimento que se volte para a assistência do sujeito no território, de maneira a envolver e fortalecer os seus vínculos familiares e sociais.

A Lei nº 10.216 fez do lema do Movimento Antimanicomial um princípio normativo orientador de toda a política de atenção à saúde mental no Brasil. Agora é lei: a liberdade é terapêutica!

O maior problema é que, não obstante a vigência da Lei Antimanicomial desde o ano de 2001, ainda não conseguimos abandonar a cultura manicomial, arraigada que está em práticas centenárias e que, diante da complexidade, dos preconceitos e da desinformação que acompanham o tema da loucura, torna muitas vezes sedutora a internação asilar, ideia que é ainda mais difícil de superar quando se tem prevista no Código Penal a internação em manicômio judiciário, disposição que não foi revogada de maneira expressa pela Lei Antimanicomial. Ao mesmo tempo, o quadro grotesco e caótico de qualquer manicômio judiciário brasileiro, espaço de permanente violação de direitos humanos, é ignorado pela grande maioria da população. Nesse contexto, a teoria da periculosidade, edificada no século XIX principalmente

a partir das ideias racistas de Cesare Lombroso, mesmo sendo de frágil sustentação científica, é ainda a cortina de fumaça que justifica a exclusão pura e simples do louco infrator.

Por outro lado, como o ‘populismo manicomial’ denunciado por Caetano<sup>14</sup> é resposta fácil, principalmente quando se está diante de um tema tão complexo, não faltam autoridades públicas, médicos e juristas a sustentar o funcionamento dos manicômios judiciais em pleno século XXI, indiferentes à absoluta falta de fundamento da teoria da periculosidade e à vigência de uma lei taxativa quanto à ilegalidade da internação asilar. Aliás, não é sem motivo que a Lei Antimanicomial leva esse nome, pois veio para promover uma transformação radical na forma como vemos e lidamos com a loucura em qualquer de suas manifestações, e que, talvez por essa radicalidade, por elevar a liberdade à condição de mais importante recurso terapêutico, sofra tanta oposição para as mudanças que ainda não foram implementadas.

A legalidade, premissa elementar na atuação do sistema de justiça criminal, tem como conteúdo a limitação do poder punitivo em face da liberdade individual, sendo esta a sua dimensão política, expressão do liberalismo penal. Ocorre que essa dimensão política é, conforme explica Prando<sup>15</sup>, continuamente tensionada pela polarização entre a limitação e a justificativa do poder punitivo, expressa na disputa entre o exercício da liberdade individual e as demandas por ordem. Essas tensões entre liberdade e controle punitivo se apresentam visíveis nas relações entre a loucura e o direito penal, mais até do que em qualquer outra área entre aquelas que são alcançadas pelas agências do aparato repressivo do Estado. Não é sem motivo, pois, a negativa de tantos à aplicação da Lei Antimanicomial, especialmente aqueles que insistem no manicômio judiciário como algo válido a despeito da expressa disposição legal que proíbe tal instituição. Nas medidas de segurança, como se percebe, a legalidade não é apenas tensionada. É simplesmente negada.

As normas definidas pela Lei Antimanicomial devem ser sempre respeitadas na atenção em saúde mental e, como tal, alcançam a pessoa submetida judicialmente à medida de segurança de internação, contemplada no texto legal na figura da ‘internação compulsória’ (art. 6º, III). Logo, assim como nas outras duas modalidades de internação psiquiátrica (voluntária e involuntária), também a internação compulsória observará a reinserção social como finalidade do tratamento (art. 4º, § 1º) e só será utilizada quando houver a necessidade clínica da internação enquanto recurso terapêutico, uma vez que, sendo de caráter excepcional, será aplicável apenas quando outros recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (art. 4º, caput)<sup>2</sup>.

A internação psiquiátrica será sempre precedida de relatório médico circunstanciado (art. 6º, caput)<sup>2</sup>, o que pressupõe, mesmo na hipótese compulsória, que o juiz deva fundamentar sua decisão na indicação clínica desse recurso terapêutico. Sem o relatório médico que indique minuciosamente a necessidade da internação, esta não será possível em hipótese nenhuma, pois, assim como previsto em outro dispositivo da própria Lei Antimanicomial, a pessoa com transtorno mental tem o direito de

ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade [art. 2º, parágrafo único, inciso II]<sup>2</sup>.

A internação psiquiátrica é, nos termos da Lei, um recurso terapêutico a ser utilizado no interesse exclusivo da pessoa com transtorno mental, não sendo juridicamente válida a medida sob qualquer outro argumento, como, por exemplo, para a garantia da segurança pública ou, ainda, como visto, a pretexto do superado conceito de periculosidade.

Por sua vez, a internação asilar está proibida no Brasil desde o início da vigência da lei, de sorte que a porta de entrada dos manicômios judiciários está – ou pelo menos deveria estar

– fechada ao ingresso de novos ocupantes. O manicômio judiciário tornou-se ilegal em face da redação do art. 4º, § 3º, que veda expressamente a internação de pessoas com transtornos mentais em estabelecimentos com características asilares<sup>2</sup>.

Quanto aos indivíduos há muito tempo confinados nos manicômios judiciários ou em relação aos quais esteja caracterizada situação de grave dependência institucional, decorrente do seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, deveriam – e ainda devem – ser beneficiados de políticas específicas de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida. Tal é a determinação inequívoca do art. 5º da lei. Em outras palavras, a Lei Antimanicomial fecha a porta de entrada e determina a abertura planejada da porta de saída dos manicômios judiciários, desviando ambos os fluxos de pacientes para tratamento em meio aberto, nos serviços da rede substitutiva.

## Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (Paili)

O Paili revela, por suas rotinas sintonizadas com a reforma psiquiátrica, uma política pública de saúde mental que logrou superar obstáculos institucionais históricos e que demonstra a plena viabilidade da erradicação dos manicômios judiciários. Com a implementação do Programa em 2006, o sistema de justiça criminal goiano deixou de fazer uso da internação manicomial, que desde então não mais se apresenta como resposta possível para a pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.

Como demonstrado, a Lei nº 10.216/2001 colocou o manicômio judiciário na ilegalidade. Já não há base normativa que permita a internação de pessoas com transtorno mental em estabelecimentos com características asilares, o que resulta da proibição expressa no art. 4º, § 3º daquela lei. O Paili surge, então, em função de uma necessidade do sistema de

justiça criminal em executar as medidas de segurança que, mesmo com incompatibilidades insuperáveis, não chegou a ser revogada expressamente pela Lei Antimanicomial.

Se o funcionamento do manicômio judiciário já não tem amparo jurídico, o Paili oferece a possibilidade de uma conciliação, mesmo que provisória, das disposições da Lei nº 10.216/2001 com aquelas do Código Penal, de forma a garantir, enquanto não vem uma (desejável) definição quanto à inconstitucionalidade das medidas de segurança, a atenção integral à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, fazendo valer os seus direitos agora expressamente declarados mesmo nesse ambiente jurídico conturbado.

Com o Paili, Goiás superou o manicômio judiciário. Contudo, a forte cultura manicomial tem permitido a utilização desses estabelecimentos no restante do País, até mesmo onde existem outras iniciativas que buscam atuar em sintonia com a Lei nº 10.216/2001. É o que ocorre, por exemplo, em Minas Gerais, onde funciona o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAI-PJ). Embora tenha sido uma iniciativa importante pelo seu pioneirismo, o programa mineiro tem especificidades que o distinguem substancialmente da política goiana, pois não integra o Sistema Único de Saúde (SUS) – e, sim, a estrutura do Tribunal de Justiça daquele Estado –, não contempla toda a população em medida de segurança e convive com três manicômios judiciários em pleno funcionamento, como constatado por Diniz<sup>16</sup>, nas cidades de Barbacena, Juiz de Fora e Ribeirão das Neves, que seguem com a prática da internação asilar exatamente nos moldes estabelecidos pelo Código Penal. Por essa lógica atualmente em funcionamento em Minas Gerais, os casos compreendidos como ‘problemáticos’ acabam resultando em internação nos manicômios judiciários lá existentes.

O Paili não segue essa metodologia e não abre espaço para a internação asilar, muitas vezes perpétua, que caracteriza o funcionamento do HCTP. Em Goiás, a pessoa em

medida de segurança é atendida e acompanhada na Raps, sem espaço para a exceção. Para as situações de crise, entretanto, a internação pode ser um recurso terapêutico importante, a ser utilizado quando houver a indicação clínica, sempre com o objetivo de beneficiar a saúde do paciente e pelo período estritamente necessário do ponto de vista terapêutico. Conforme destaca Costa<sup>17(115)</sup>,

[...] o Paili constitui o primeiro programa brasileiro estruturado no âmbito da saúde pública que aceitou o desafio de trilhar novos caminhos junto às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Ao contrário das múltiplas experiências de consolidação de novos serviços extra-hospitalares desenvolvidas desde a instituição da Lei 10.216/01 – a exemplo dos CAPS que hoje totalizam mais de 2.000 no Brasil –, o PAILI é o único Programa na área ligado à estrutura de uma Secretaria Estadual de Saúde, não contando com outras atuações nas quais possa se mirar e perceber eventuais contradições ou equívocos.

Desde sua criação, o Paili acolhe pessoas submetidas à medida de segurança por juízos criminais de todas as regiões do estado de Goiás. Ademais, convém desde já ressaltar que o acompanhamento dos casos não implica a transferência do paciente, quando residente no interior do estado, para a capital goiana. Usualmente, o Programa dispara soluções de atendimento no território do próprio paciente, o que, aliás, deriva dos princípios que orientam o tratamento, que deve ser feito, preferencialmente, em meio aberto, e de seu objetivo maior, que é a reinserção social, conforme dispõe a Lei nº 10.216/2001<sup>2</sup>.

A partir da criação do Paili, as pessoas com transtorno mental submetidas à medida de segurança no estado de Goiás passaram a ser direcionadas para a Raps e demais serviços de saúde e de assistência social, de sorte que o Programa, instituído com destinação exclusiva para o público em medida de segurança, acompanha os pacientes no âmbito da Justiça e



dos dispositivos do SUS e, também, do Sistema Único de Assistência Social (Suas), o que acontece por meio do trabalho de sua equipe técnica de forma integrada e articulada com a rede de atenção primária, nos municípios onde não há atenção especializada em saúde mental, e com outros serviços que possam assegurar o melhor atendimento disponível para esses indivíduos.

Uniram-se em Goiás o Ministério Público, o Poder Judiciário e diversas agências do Poder Executivo para, com os movimentos sociais ligados à saúde mental, dar um salto de qualidade com a adoção de uma política universal de atenção integral ao louco infrator. O Paili obedece às diretrizes do SUS, notadamente quanto à universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência (art. 7º, inciso I, da Lei nº 8.080/90<sup>18</sup>), de forma que as pessoas submetidas à medida de segurança no estado já não correm o risco de uma internação asilar, manicomial, desde 26 de outubro de 2006.

## Conclusões

O compromisso deste texto é com a potência da vida em liberdade e com as práticas que sejam capazes de contemplar as diferenças e os incontáveis modos singulares de existência. Assim, a pretendida extinção dos manicômios judiciários apresenta-se como consequência de um novo compromisso ético-político a envolver toda a sociedade, como efeito da ressignificação da loucura e do reencontro com o louco, agora reconhecido na qualidade de sujeito de direitos e cuja dignidade não pode ser relativizada.

A lei está posta. A Constituição de 1988 forma o alicerce jurídico assentado na dignidade humana, um dos fundamentos do Brasil como estado democrático de direito, no qual a dignidade do louco está contemplada. De igual forma, não mais se admite a imposição de sanções penais sem o pressuposto basilar da culpabilidade, o que indica a não recepção,

na Constituição, da teoria da periculosidade e do sistema de medidas de segurança definido no Código Penal.

Por sua vez, a política instituída em Goiás com o Paili, visto este como mecanismo de transição para a superação do manicômio judiciário, coloca em xeque, explica Costa<sup>17(117)</sup>,

O conceito de periculosidade, contrariando elementos colocados pelo senso comum de que somente a contenção e um aparato de vigilância são capazes de cessar o risco que determinada pessoa representa à sociedade.

Como se pode observar, o Paili emergiu dos rizomas da loucura para se apresentar como importantíssima experiência que deixou no passado o manicômio judiciário. Contudo, desde então, está adstrito ao seu lócus, o estado de Goiás, embora venha se apresentando como máquina de guerra, pressionando e constringendo os demais estados brasileiros pela simples demonstração da viabilidade de uma sociedade sem manicômios judiciários. Ao mesmo tempo, todavia, é pressionado pela grande força que sustenta o funcionamento dessas casas de horrores em quase todo o restante do País.

Este trabalho tem, então, o firme propósito de oferecer pistas que possam auxiliar na transposição dessa experiência para além das fronteiras goianas, para que a figura do manicômio judiciário seja definitivamente extirpada de todo o Brasil. Afinal, diriam Deleuze e Guattari<sup>19</sup>, os mil platôs produtores de mundos não param de atuar e outras práticas antimanicomiais estão também para ser inventadas. No entanto, é a prática estabelecida em Goiás a que, pelo menos assim acreditamos ter demonstrado, aponta para uma direção bastante promissora que pode lançar luzes nesse campo e servir de referência à política pública nos demais estados brasileiros.

O tema é atravessado por questões das mais variadas ordens, seja no âmbito da política, da clínica, do direito, da saúde, da assistência social, complexidade essa que exige cuidados

para que as eventuais soluções sejam eticamente orientadas. Nesse processo de construção de possibilidades, é de vital importância o despertar do Movimento Antimanicomial que, depois de muito tempo silente diante do sofrimento do louco infrator, agora vem canalizando energias para se voltar com vigor na luta pelo fechamento dos manicômios judiciários.

O louco é sujeito de direitos. A dignidade humana não admite a coisificação de seres humanos que, nos manicômios, perdem a condição de sujeitos para serem tratados como objetos, manejados ao talante da autoridade, seja do médico, da polícia, dos funcionários ou do juiz. Desde 2001, a Lei Antimanicomial passou a dispor sobre a proteção e sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo da assistência em saúde mental no Brasil, para o que elegeu como objetivo irrenunciável a reinserção social da pessoa com transtorno mental. A internação psiquiátrica ainda é uma possibilidade terapêutica, mas que somente será utilizada em caráter excepcional. Está terminantemente proibida, contudo, a internação em condições asilares, de maneira que a porta de entrada dos manicômios judiciários está (ou pelo menos deveria estar) fechada ao ingresso de novos ocupantes desde 2001.

Conforme demonstrado, as justificativas voltadas a dar sustentação ao manicômio judiciário são frágeis do ponto de vista legal. Isso porque as medidas de segurança constituem-se em institutos jurídicos ultrapassados, fundamentados na teoria da periculosidade, ideia que não encontra qualquer sintonia com a Constituição de 1988. Aliás, é, no mínimo, contraditório considerar a medida de segurança uma forma de ‘tratamento’, como pretende a legislação penal, uma vez que se apresenta como tratamento que se volta não para a cura de alguma enfermidade, mas, sim, para fazer cessar a periculosidade, algo que não se constata a partir do diagnóstico clínico e que deriva exclusivamente de uma ficção legal criada a partir da infeliz parceria entre a psiquiatria e o direito. No lugar de funcionar como

tratamento, as medidas de segurança levam, pelo contrário, à cronificação do transtorno mental mesmo nos quadros clínicos menos graves, o que é facilmente verificável logo ao primeiro contato com qualquer manicômio judiciário.

As disposições do Código Penal relativas às medidas de segurança são anteriores à Lei Antimanicomial e, conforme observado, por um princípio elementar em matéria de validade das normas, foram derogadas por esta última, que tratou integralmente da atenção a ser dispensada a toda e qualquer pessoa com transtorno mental e que, sem abrir espaço para exceções, é aplicável também ao louco infrator. Ocorre que as regras hermenêuticas parecem ter sido esquecidas nesse campo, no qual tem prevalecido a própria cultura manicomial, de forma que a maioria dos juízes não reconhece a vigência da lei nova para fazer valer a norma anterior, embora formalmente revogada. Com isso, prevalecendo no âmbito do sistema de justiça criminal o pensamento conservador pautado pelo saber psiquiátrico, o manicômio ganha sobrevida e se faz presente em quase todos os estados brasileiros, excetuado, como visto, o estado de Goiás, assim como algumas outras experiências locais, eventualmente de um município ou de uma região metropolitana.

Obstáculo de vulto à política antimanicomial é a seletividade, é a proposta de ações que não sejam viáveis para todo e qualquer caso clínico, o que expõe certos perigos à espreita das ações nesse campo. Não têm sido comuns, em face do apego histórico e cultural às práticas manicomiais, propostas que buscam restringir a política antimanicomial aos casos considerados ‘mais brandos’, para assim permitir que os indivíduos com transtorno mental severo (os ‘mais perigosos’, alguém poderia dizer) sejam levados ao manicômio judiciário. Tais propostas não raras vezes assumem, mesmo que involuntariamente, uma postura manicomial e reforçam a posição contra o fechamento definitivo dessas instituições. Afinal, para certos casos, os considerados ‘mais difíceis’ ou ‘mais perigosos’, segundo critérios técnicos sempre duvidosos e questionáveis,

ainda restaria possível a internação no manicômio judiciário com todas as características que o pacote impõe, notadamente a indeterminação do tempo de internação, com a segregação muitas vezes perpétua do louco. O mais nefasto seria, então, não assumir a absoluta ilegalidade dos manicômios judiciários, pois qualquer brecha nessa premissa que deve ser inegociável acabará inexoravelmente por reforçar a própria lógica manicomial. A recusa da universalidade na oferta das políticas do SUS, a simples promessa não acessível a todos, de modo a provocar a exclusão de grande parcela das pessoas que deveriam ser igualmente contempladas, enfraquece sua potência como política pública. A atenção em saúde mental, como se vê logo no primeiro artigo da Lei Antimanicomial, deve ser assegurada ‘sem qualquer forma de discriminação’, o que pressupõe políticas públicas de cunho universal, acessíveis a todos, de maneira que os serviços jamais poderão ser seletivos, pois, caso contrário, seriam não mais do que ornamentos grotescos em alguma das sete cabeças da mitológica Hidra de Lerna em vã tentativa de disfarçar-lhe o aspecto monstruoso.

Não há meio termo no campo da política de saúde mental orientada segundo os ditames da Lei Antimanicomial, que exige a assunção de uma postura ética diante do outro, o louco, cuja dignidade e direitos devem ser obrigatoriamente respeitados. Pelas mesmas razões, não se pode admitir a possibilidade de reformar o manicômio para fazer dele um lugar humanizado, o que jamais será, mesmo que viesse algum dia a dispor de espaços limpos e serviços hospitalares de qualidade. O manicômio judiciário é instituição asilar, um lugar caracterizado essencialmente pela

segregação e pela contenção física ou química do indivíduo, absolutamente incompatível com o tratamento eficaz no modo como é proposto pelas pesquisas e pela prática consolidada na área da saúde mental. Da mesma forma que a dignidade humana não pode ser relativizada para que a tortura seja admitida sob qualquer pretexto, seja por violência física ou psicológica, também o manicômio não pode ser mantido como instituição indicada para ‘certos casos’, os casos ditos como difíceis ou os ‘mais perigosos’. Como as práticas manicomiais são culturalmente arraigadas, sobretudo no sistema de justiça criminal, esta seria a chave para a perpetuação dos próprios manicômios judiciários que, com o passar do tempo e a contínua pressão por mais segregação, não tardariam em retomar o seu pleno funcionamento.

Vale reforçar que não existe ser humano perigoso. Perigosa é a produção de medo nas pessoas. Perigosa é a própria teoria da periculosidade, inspirada no trabalho de Cesare Lombroso, de indisfarçável cunho racista e que não se sustenta em bases científicas. Perigosa é a sociedade contaminada por uma produção contínua de preconceitos sobre a loucura. Já não cabe a teoria da periculosidade como referência para pensar o humano na sua complexidade e na dimensão das inúmeras possibilidades do ser e, como consequência, não deve ser fundamento para a definição de recursos terapêuticos no âmbito da saúde mental.

## Colaboradores

Caetano H (0000-0001-5680-9800)\* e Tedesco S (0000-0002-3866-019X)\* colaboraram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm).
3. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União. 31 Dez 1940. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm).
4. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
5. Delgado PG. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da lei 10.216/2001. Arq. Bras. Psicol. 2011; 63(2):114-121.
6. Carvalho SR, Ferigado S, Barros ME. Conexões - Saúde coletiva e políticas da subjetividade. São Paulo: Hucitec; 2009.
7. Oliveira W, Pitta A, Amarante P, organizadores. Direitos Humanos e Saúde Mental. São Paulo: Hucitec; 2017.
8. Venturini E, Torres R, Mattos V. O louco infrator e o estigma da periculosidade. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia; 2016.
9. L'abbate S, Mourão LC, Pezzato LM. Análise institucional & saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.
11. Bicalho PPG. Subjetividade e abordagem policial: por uma concepção de direitos humanos onde caibam mais humanos [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. 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. Diário Oficial da União. 26 Dez 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 29 Set 2017.
14. Caetano H. O populismo manicomial na política de drogas. Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. São Paulo: Ibccrim. 2017; (286):19-20.
15. Prando CCM. O saber dos juristas e o controle penal. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
16. Diniz D. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília, DF: Editora UnB; 2013.
17. Costa L. Uma porta, várias saídas [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2014.
18. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
19. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. São Paulo: Editora 34; 2011.

---

Recebido em 13/11/2019  
Aprovado em 18/08/2020  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve