



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS - CCJE  
FACULDADE NACIONAL DE DIREITO - FND

HUGO GOMES DE LIRA

**MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL:  
UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DA LOUCURA E PARA O PROCESSO DE  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO  
PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO**

RIO DE JANEIRO  
2022

HUGO GOMES DE LIRA

**MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO  
BRASIL: UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DA LOUCURA E PARA O  
PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO HOSPITAL DE  
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade Nacional de  
Direito da Universidade Federal do Rio de  
Janeiro, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de bacharel  
em Direito.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup>. Cristiane Brandão  
Augusto Mérida

RIO DE JANEIRO  
2022

## CIP - Catalogação na Publicação

L768m Lira, Hugo Gomes de  
Movimento Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica  
no Brasil: um olhar sobre a história da loucura e  
para o processo de desinstitucionalização no  
Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
Heitor Carrilho / Hugo Gomes de Lira. -- Rio de  
Janeiro, 2022.  
99 f.

Orientadora: Cristiane Brandão Augusto Mérida.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) -  
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade  
Nacional de Direito, Bacharel em Direito, 2022.

1. Loucura. 2. Reforma Psiquiátrica. 3.  
Movimento Antimanicomial. 4. Antipsiquiatria. 5.  
Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico  
Heitor Carrilho. I. Mérida, Cristiane Brandão  
Augusto, orient. II. Título.

**HUGO GOMES DE LIRA**

**MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO  
BRASIL: UM OLHAR SOBRE A HISTÓRIA DA LOUCURA E PARA O  
PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO HOSPITAL DE  
CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO**

Monografia de final de curso, elaborada no âmbito da graduação em Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Direito, sob a orientação da **Professora Dra. Cristiane Brandão Augusto Mérida**

Data da Aprovação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_  
Orientador

\_\_\_\_\_  
Co-orientador (Opcional)

\_\_\_\_\_  
Membro da Banca

\_\_\_\_\_  
Membro da Banca

**Rio de Janeiro  
2022**

**Para todos aqueles que acreditem ser possível uma verdadeira revolução na forma de viver e de se conectar com outros seres humanos.**

## AGRADECIMENTOS

Uma jornada, para onde quer que leve, nunca é feita por uma só pessoa. O caminho sempre é permeado por amigos, familiares e outras almas que ninguém imaginaria conhecer, mas que surgem como um reforço nos piores e melhores momentos. Aliás, uma jornada não é feita apenas de pessoas, mas de sentimentos bons e ruins, de momentos em que pensamos em largar tudo e recomeçarmos de onde achávamos que tivesse errado, mas que ao fim, não erramos. A estrada foi percorrida dessa maneira e levou onde precisava ter levado.

A conclusão dessa minha jornada, mais uma dentre muitas, é em grande parte devido à minha família a quem agradeço na medida em que palavras escritas permitem. Não poderia ter chegado até aqui sem os esforços dos meus pais na criação de três filhos e com todas as dificuldades que são costuradas a nossa história. Além disso, agradeço à Juliana, minha irmã mais velha, pelas conversas leves e cheias de sorrisos que me tiravam das ressacas da escrita e dos estudos e me faziam voltar aos tempos de menino, sem muitas preocupações. Outra pequena grande dupla a quem devo meu agradecimento é à Maria Júlia e Ágatha, minhas duas sobrinhas, que nunca pouparam esforços em me tirarem do sério e me fazerem rir quase ao mesmo instante. Esses 5 anos com certeza foram mais leves tendo vocês por perto com toda a leveza que a infância traz. Ao fim, sei que aprendi mais com vocês do que vocês comigo e sou grato por isso.

Diego, Beatriz, Nathália e Alexandre, vocês não sabem o quanto dessa história pertence a vocês e o quanto sou grato por tudo o que significam para mim. Meu mais sincero obrigado pelas conversas que fizeram com que as melhores ideias germinassem em mim e contribuíssem para que eu simplesmente desse mais um passo na minha estrada de tijolos amarelos (alguma referência a Oz deveria sair nesse trabalho!). Vocês estiveram comigo entre lágrimas e sorrisos, surtos e gargalhadas. Vocês estiveram comigo nas noites em que eu tinha a plena convicção de que estava fazendo tudo errado, mas no fim era apenas medo. Medo do desconhecido, do que viria a seguir depois que tivesse concluído esse trecho da minha história que se confunde também com as histórias de cada um de vocês. Obrigado por cada puxão de orelha que me deram e por me mostrarem o que sempre estive aqui dentro: a força para continuar apesar dos pesares. Vocês formam o meu quarteto fantástico (consegui colocar a Marvel aqui também!). Eu amo vocês!

Jéssica e Samantha, vocês não ficarão de fora dessa. Vocês trouxeram outras luzes para essa casa e para minha vida com todas as travessuras que uma labradora e uma *basset* podem proporcionar. As noites em claro enquanto vocês ainda eram pequenas valeram a pena. E também não me esqueço dos latidos enquanto eu escrevia as partes mais complicadas deste trabalho e que me faziam querer levar vocês para Nárnia (mas sei que eu mesmo acabaria ficando por lá).

Por fim, agradeço a todos os mestres e mestras que conheci não só na academia, mas na vida. Cada um de vocês moldou o profissional que almejo ser no futuro, sempre zelando pelos direitos daqueles que mais necessitam de ajuda, mas mais do que isso, daqueles que precisam urgentemente de um toque humano para se sentirem vivos e notados. Eu darei o meu melhor com o que aprendi com cada um de vocês. Cristiane Brandão, você foi a melhor e mais paciente orientadora que eu poderia ter escolhido. Obrigado por ter confiado em cada passo que planejei dar na construção desse trabalho e por todo o carinho em apontar as melhores mudanças na pesquisa. Não teria tido a confiança de chegar até o fim sem você. Muito obrigado!

## RESUMO

O presente trabalho, desenvolvido sob o marco teórico da Antipsiquiatria e da Criminologia crítica, consiste em uma pesquisa sociojurídica teórico-empírica na qual, através de revisão bibliográfica e de dados qualitativos e quantitativos, visa investigar a realidade histórica e o contexto atual acerca do processo de criminalização da loucura, tendo como foco o antigo Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. No primeiro capítulo, busca-se delinear como o processo de criminalização da loucura ocorreu ao longo dos séculos até o surgimento do Manicômio Judiciário no Brasil, além de destacar a importância do Movimento Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica como meios de garantia de direitos no campo da saúde mental. O segundo capítulo presta-se a analisar o conflito de poderes médicos e jurídicos travado no interior do Manicômio Judiciário, além de analisar importantes marcos como as experiências do PAILI e PAI-PJ e a organização da RAPS como meio alternativo ao modelo hospitalocêntrico. Ao fim, o último capítulo apresenta um estudo de caso centrado na análise de dados, processos judiciais e documentos públicos, visando reconstruir a realidade fática do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e compreender quais os mecanismos sócio-estruturais que contribuíram para seu encerramento em 2016.

**Palavras-chave:** Loucura; Manicômio Judiciário; Heitor Carrilho; Antipsiquiatria; Reforma Psiquiátrica; Movimento Antimanicomial.

## **ABSTRACT**

The present work, developed under the theoretical framework of Antipsychiatry and Critical Criminology, consists of theoretical-empirical socio-legal research which, through bibliographic review and qualitative and quantitative data, aims to investigate the historical reality and the current context of the criminalization process of madness, focusing on the former Hospital of Custody and Psychiatric treatment Heitor Carrilho. In the first chapter, we seek to outline how the process of criminalization of madness occurred over the centuries until the emergence of the Judicial Lunatic Asylum in Brazil, in addition to highlighting the importance of the Anti-asylum movement and the Psychiatric Reform as a way to guarantee rights in the field of mental health. The second chapter lends itself to analyzing the conflict of medical and legal powers waged within the Judicial Lunatic Asylum, in addition to analyzing important milestones such as the experiences of PAILI and PAI-PJ and the organization of RAPS as an alternative to the hospital-based model. Finally, the last chapter presents a case study focused on the analysis of data, judicial processes, and public documents, aiming to reconstruct the factual reality of the Heitor Carrilho Custody and Psychiatric Treatment Hospital and understand the socio-structural mechanisms that contributed to its closure in 2016.

**Keywords:** Madness; Judicial Lunatic Asylum; Heitor Carrilho; Antipsychiatry; Psychiatric Reform; Anti-asylum Movement.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACP** – Ação Civil Pública

**CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial

**CIDH** – Comissão Interamericana de Direitos Humanos

**Corte IDH** – Corte Interamericana de Direitos Humanos

**CNJ** – Conselho Nacional de Justiça

**CNCP/MJ** - Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça

**EMPAP** - Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial

**EVCP** – Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade

**HCTP** - Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

**INFOPEN** - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias

**NAPS** – Núcleo de Atenção Psicossocial

**PAILI** - Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator

**PAI-PJ** - Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário

**PVC** - Programa de Volta pra Casa

**RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial

**SEAP** – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária

**SIH-SUS** – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

**SRT** – Serviços Residenciais Terapêuticos

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TJ-MG** – Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>1 VIA CRUCIS DOS ANORMAIS: A HISTÓRIA DA LOUCURA E O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL</b> .....	<b>9</b>
1.1 O contexto histórico da fabricação de uma “ <i>loucura criminosa</i> ” .....	<b>9</b>
1.1.1 Franz Joseph Gall e Cesare Lombroso: a construção da fisiologia do <i>criminoso nato</i> .....	<b>11</b>
1.1.2 A figura do “criminoso-louco” e suas consequências .....	<b>15</b>
1.1.3 Crime x loucura: degeneração e monomania .....	<b>16</b>
1.2. Loucura enclausurada: o surgimento da figura do manicômio judiciário .....	<b>18</b>
1.2.1 O surgimento do manicômio do Rio de Janeiro .....	<b>21</b>
<b>2 MANICÔMIO EM PERSPECTIVA: PRÁTICAS DE MANUTENÇÃO E DIÁLOGOS EM MEIOS ALTERNATIVOS</b> .....	<b>25</b>
2.1 Um retrato das entranhas do manicômio judicial .....	<b>25</b>
2.1.1 A simbiose entre os sistemas jurídico e médico na dinâmica do manicômio judicial .....	<b>30</b>
2.2 O movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica como catalisadores de mudanças .....	<b>34</b>
2.2.1 O movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica no Brasil .....	<b>38</b>
2.2 Caso Damião Ximenes Lopes: um marco no campo dos direitos humanos em saúde mental .....	<b>41</b>
2.3 O papel da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em contraponto à prática manicomial .....	<b>45</b>
2.4 PAILI e PAI-PJ: as experiências decorrentes do Movimento Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira .....	<b>49</b>
2.5 Rio de Janeiro: uma proposta de análise do saldo antimanicomial .....	<b>52</b>

<b>3 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO: UMA ANÁLISE ACERCA DO MOVIMENTO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA .....</b>	<b>54</b>
3.1 HCTP Heitor Carrilho: Contexto Histórico e atual .....	54
3.1.1 Cenário 1: Incidência das medidas de segurança no período de maio a dezembro de 2011 .....	59
3.1.2 Cenário 2: Incidência das desinstitucionalizações a partir de fevereiro de 2015 .....	62
3.2 Reflexo da Reforma Psiquiátrica sob o recorte amostral da instituição .....	64
3.2.1 O Exame de verificação de cessação de periculosidade (EVCP) e a implementação do Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP) .....	66
3.2.2 Peças-chave no fechamento do HCTP Heitor Carrilho .....	68
3.2.3 O redirecionamento dos abrigados como rota de fuga no percurso antimanicomial .....	71
3.3 Por uma reinvenção dos Direitos Humanos: um olhar sobre o elemento humano sob as lentes de Herrera Flores, Judith Butler e Nancy Fraser .....	73
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO I .....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO II .....</b>	<b>94</b>

## INTRODUÇÃO

Em meio a avanços e retrocessos, o ano de 2022 representa o importante marco de 21 anos da Lei nº 10.216/01, legislação fundamental para a acentuação da Reforma Psiquiátrica e de reforço ao Movimento Antimanicomial que já vinha fomentando terreno em território nacional ao longo dos últimos anos. Estando calcado de maneira basilar no movimento italiano iniciado na década de 70 e que possuiu como um dos principais expoentes o médico psiquiatra Franco Basaglia, o diploma supramencionado serviu como uma luz em meio a um sistema bárbaro de aprisionamento da loucura.

A figura do Manicômio Judiciário no Brasil, pensado e implantado nos idos do século passado, foi por muito tempo a transmutação do sistema penitenciário em um espaço imbuído de saber médico, movido por engrenagens jurídicas, e responsável pela manutenção das medidas de segurança imputadas aos denominados *loucos infratores*. Nessa perspectiva, ainda que a nomenclatura tenha sido desconstruída e reformulada em meio aos intensos debates em direitos humanos travados nas últimas décadas, a figura sombria e cruel do manicômio permanece viva em diversos estados do país, incluindo o Rio de Janeiro.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (termo usado com a reformulação da figura do Manicômio Judiciário) ainda em funcionamento, como é o caso do Henrique Roxo, em Niterói, no Rio de Janeiro, demonstram de forma clara como o discurso de controle e objetificação de corpos tidos como transgressores não foi enterrado junto à figura ultrapassada e perversa do Manicômio. Ademais, reforçando o cenário de exclusão e esquecimento de tais grupos, em 2020, ao menos dois Hospitais de Custódia do Estado do Rio Grande do Sul (Hospital Psiquiátrico São Pedro e o Hospital Colônia de Itapuã) foram objetos de denúncia à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, sendo a infecção generalizada pela Covid-19 entre os funcionários e pacientes o fator crucial para a medida adotada<sup>1</sup>. Nada obstante, não é incomum que denúncias sobre a falta de estrutura e higiene de tais instituições venham à luz, reafirmando um ciclo contínuo de apagamento de tais corpos em um cemitério de vivos.

Diante da realidade e mirando o passado, pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei estiveram, ao longo de uma história cruel, inseridas em sistemas desumanos que perpetuavam aquilo o que a prisão já fazia com inglorio louvor há séculos.

---

<sup>1</sup> Ver mais em < <https://www.crprs.org.br/noticias/brasil-e-denunciado-em-orgao-internacional-por-negligencia-em-dois-hospitais-psiquiatricos-gauchos>>.

Com o advento das medidas de segurança a partir do nosso atual Código Penal, médicos e juristas tiveram a chance de disputar a perversa narrativa de controle dos corpos daqueles tidos como “*anormais*” e que, portanto, não estariam aptos a atuar no mundo tomado por padrões impostos de saúde e normalidade. O corpo transgressor, assim tido como desviante do natural e da lei, continua desempenhando o objeto de uma *necropsiquiatria* que desumaniza, ao passo que destrói subjetividades e que, num processo de institucionalização incessante, torna a morte, por diversas vezes, a porta de saída do Manicômio.

A realidade que se pretende investigar na presente pesquisa visa remontar a história de construção dessa *loucura perigosa* construída pelo enlace de saberes médicos e jurídicos, destrinchar as entranhas dos muros que aprisionaram as figuras “*transgressoras*” e buscar compreender quais os movimentos/peças de fortalecimento e de fissuras dessas instituições. Em última instância, o elemento humano será posto em xeque a todo momento na criação de questionamentos e na busca por traduzir o meio pelo qual humanizamos ou objetificamos o outro a ponto de colocá-lo em uma prisão por um processo de espelhamento do *ser normal*.

## 1) VIA CRUCIS DOS “ANORMAIS”: CRIME, LOUCURA E O MOVIMENTO ANTIMANICOMIAL

*“Não se curem além da conta. Gente curada demais é gente chata. Todo mundo tem um pouco de loucura. Vou lhes fazer um pedido: Vivam a imaginação, pois ela é a nossa realidade mais profunda. Felizmente, eu nunca convivi com pessoas ajuizadas. É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade”. - Nise da Silveira*

### 1.1 O contexto histórico da fabricação de uma “loucura criminoso”

A subjetividade humana, assim como o corpo físico, sempre foi tida como um alvo de disputas em diversos contextos históricos e que passam por narrativas tais como as dos opioides e a dos estudos sobre a *psique*. A disputa travada até os dias atuais diz respeito a uma forma de controle e de compreensão daquilo que constitui nossa essência mais sutil e, ao mesmo tempo, mais intrigante.

A loucura, por sua vez, foi e é encarada sob diversas perspectivas e, em uma rápida busca no Dicionário Aurélio (FERREIRA, 2010), termos como “distúrbio”, “dispersão”, “desordem” e “descontrole da razão” são comumente encontrados para dar conta de um fenômeno psíquico que durante parte da história, gerou a exclusão dos tidos como *anormais*<sup>2</sup> e o aprisionamento dos mesmos. Prisão esta que se deu através de óticas e padrões do que era considerado normal, não desviante. Uma loucura que não podia ser livre aos moldes do que Nise da Silveira<sup>3</sup> almejava. Loucura sem âmago de liberdade.

Para além da segregação, a loucura enquanto doença mental foi concebida sobre pilares complexos e, aos poucos, como leciona Mariana Weigert (2015, p 33) foi “tomando contornos de algo perigoso em si mesmo, isto é, quando o conceito de periculosidade<sup>4</sup> – que até hoje é extremamente importante para a imposição de uma medida de segurança – começa a ser tomado como algo inerente ao sujeito louco”.

---

<sup>2</sup> O termo *anormal* utilizado para fazer referência aos desajustados e segredados socialmente é retomado e ressignificado por Foucault em sua obra *Os Anormais* (2002a) na qual o autor traça uma profunda discussão sobre uma ordem “normalizante” instituída desde o séc. XVII e dos desvios e consequências que dela se derivam.

<sup>3</sup> Nise Magalhães da Silveira foi uma médica psiquiatra que marcou a área da saúde mental no Brasil no séc. XX. Nise, que foi aluna de Carl Jung na Suíça, cultivou um tratamento humanizado em meio às práticas atrozetas que estavam enraizadas no campo psiquiátrico do século passado e, com seu olhar, ressignificou o que era a loucura e seu lugar no mundo.

<sup>4</sup> No entendimento de Carvalho (2013, p. 502), a sistemática penal e processual penal apreende a periculosidade como “um estado de antissociabilidade que permite realizar um juízo de probabilidade de

O contexto traçado faz com que seja necessária uma visita ao século XIX<sup>5</sup>, em pleno terreno europeu, quando os estudos sobre a fisiologia cerebral se tornaram um dos focos da medicina que a essa altura se preocupava em entender a figura do criminoso. Com esses estudos, duas correntes foram preponderantes para o desenvolvimento dos estudos que se seguiram: a *frenologia* e a *antropologia criminal*.

A *frenologia*, nesta seara, buscava dar conta da relação intrínseca entre os órgãos cerebrais, seu tamanho e a conduta humana, numa tentativa de se tentar compreender o que poderia decorrer de tal desenvolvimento fisiológico. Logo, essa corrente se traduzia em um modelo de estudo anatômico do cérebro e que, posteriormente, contribuiria na formulação e disseminação dos estudos de Cesare Lombroso e do cruel arquétipo do “*criminoso nato*”.

Ao desenvolvimento dos órgãos cerebrais corresponderiam o caráter e a conduta do indivíduo, logo o comportamento delinquente resultava da predominância de certos órgãos sobre outros. Como o crânio refletia o seu interior, a fisionomia da pessoa denunciava sua personalidade e suas propensões. O aspecto crânio-facial mostrava o criminoso e o crime que cometeu ou que, algum dia, poderia cometer (MÉRIDA, 2009, p.12).

A *antropologia criminal*<sup>6</sup>, por sua vez, foi erigida num contexto social turbulento e que atravessa um processo de urbanização e de industrialização exacerbado do final dos oitocentos e que proporcionou, segundo Carrara (1998, p.63) um “meio delinquencial fechado, recortado principalmente entre infratores das classes urbanas” que ansiava compreender o fenômeno do crime dentro do seio social com o intuito de conhecer das causas e dos atores que se encontravam intrincados em uma teia de efeitos e consequências que fugiam da ordem do normal.

Foi, sem dúvida, frente a uma tal realidade sociológica que se tornou possível conceber o criminoso como um “tipo natural”; concepção que, como veremos, selava a irreversibilidade de uma trajetória delinquente no momento mesmo em que passava a percebê-la enquanto manifestação de uma natureza

---

delinquência futura baseado nos déficits psíquicos do periciando”. Assim, segundo o autor, partindo do pressuposto sistemático, não haveria fundamento apto a imputar uma pena, restrita a um lapso de tempo, tendo em vista que a *periculosidade* enquanto *estado* demandaria um *tratamento*.

<sup>5</sup> Segundo Foucault (2001, p. 93-94), “A figura do criminoso monstruoso, a figura do monstro moral, vai bruscamente aparecer, e com uma exuberância vivíssima, no fim do século XVIII e no início do século XIX. Ela vai aparecer nas formas de discursos e práticas extraordinariamente diferentes.

<sup>6</sup> Segundo Mérida (2009), a antropologia criminal que galgava terreno no séc. XIX daria lugar, posteriormente, à Criminologia Positivista. Assim, o que temos nessa época é o embrião do que viria a ser tratado nas teorias de etiquetamento social.

individual anômala, de um psiquismo perturbado pela doença (CARRARA, 1998, p. 64).

Dessa forma, com a acentuação do processo de crescimento do desenho urbano, a narrativa social foi sendo tomada aos cuidados dos “doutores sociais”, que miravam, por meio de respostas, as condutas que arranhavam a ordem posta.

[...] assistimos a uma enxurrada de publicações médicas acerca do tratamento que deveria ser aplicado aos delinquentes e aos anormais em geral, tanto como medidas de prevenção à ocorrência de comportamentos social ou moralmente inaceitáveis, quanto como medidas terapêuticas, de cura, de regeneração dos degenerados recuperáveis ou de exclusão dos degenerados reincidentes irrecobráveis (MÉRIDA, 2009, p.13).

Através de uma síntese entre as correntes da *frenologia* e da *antropologia criminal*, que se comunicam e se entrelaçam em diversos pontos, assistimos à figura do “anormal”, do “desviante, do “outro”, ganhar uma forma cada vez mais concreta e com características definidoras de um perfil construído com base em fatores biológicos, sociais e todos os outros que entram na estrutura dessa equação. Assim, é em elevada medida de importância que deve se compreender a necessidade dos estudos voltados à fisiologia humana e de construção de uma *loucura criminosa* como peças centrais para o desencadeamento de uma série de medidas segregadoras e de forte cunho higienista.

### **1.1.1 Franz Joseph Gall e Cesare Lombroso: a construção da fisiologia do criminoso nato<sup>7</sup>**

Franz Joseph Gall (1758-1828) foi um médico alemão que se dedicou principalmente aos estudos da anatomia e da neurologia humana, tendo sido um dos principais precursores no desenvolvimento da corrente frenológica no início do século XIX. Para Gall, a análise minuciosa do molde cerebral em todas as suas estruturas e terminações findaria por revelar um indivíduo em si mesmo, qual seja, sua real natureza e propensão a determinadas ações. Para além disso, segundo Carrara (1998), os estudos de Gall, dentre outros, serviram como uma ponte lógica na associação entre crime e

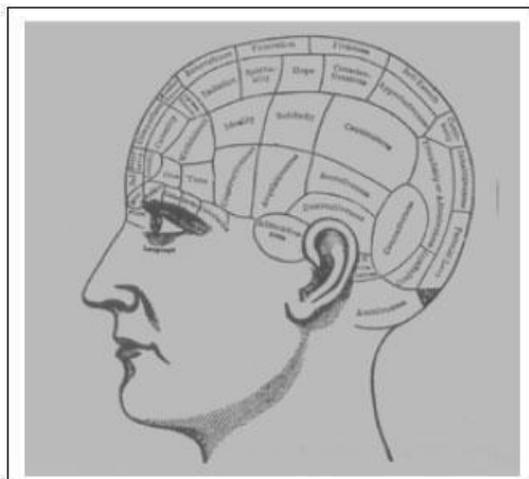
---

<sup>7</sup> Termo difundido através das obras de Cesare Lombroso, mas cunhada por Enrico Ferri em 1880 e que teve forte influência advinda do pensamento de Gall (Merida, 2009, p.28 e 64).

loucura, na qual o delito nascia de uma doença mental ou de uma má formação no sistema nervoso.

Em seus estudos sobre organologia cerebral, Gall se utilizou de experiências empíricas para comparar seus próprios pacientes com indivíduos provenientes de asilos e prisões vienenses. Nesse percurso, o médico traçou apontamentos que davam conta de como determinadas experiências e faculdades inatas à estrutura individual aliadas a certos órgãos e regiões do córtex cerebral, poderiam influenciar condutas e tendências propriamente humanas que adviriam de certos módulos cerebrais (WYHE, 2002: 21 e 38 **apud** MERIDA, 2009, p.25).

Assim, a partir do mapeamento de 25 pontos cerebrais, Gall traçou determinadas correlações que apontariam para um perfil psicológico mais ou menos definido. Além disso, uma das premissas estabelecidas por Gall seria a possibilidade de desenvolvimento de cada um dos pontos mapeados pela utilização da faculdade correspondente à área cerebral, refletindo, inclusive, na própria moldura exterior do cérebro, ao passo que o desenvolvimento de determinada região importaria em um crescimento local do órgão. Sendo assim, “o crescimento ou a atrofia do ponto importaria uma adaptação do crânio, o qual, por sua vez, refletiria a personalidade ou o perfil psicológico do indivíduo [...]” (MERIDA, 2009, p. 27)



Mapeamento de Gall<sup>8</sup>

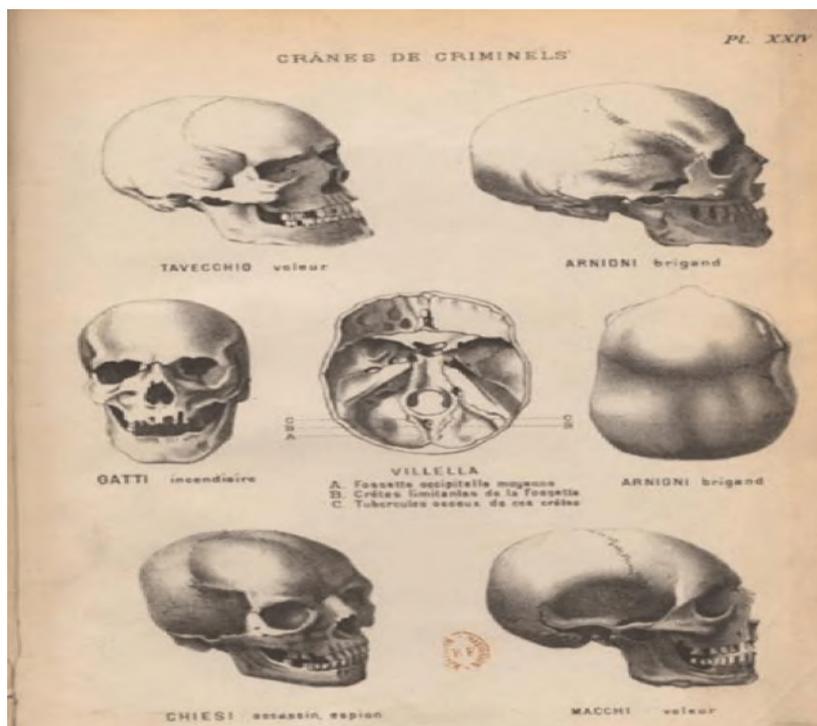
---

<sup>8</sup> Disponível em [Revista da Associação Brasileira de Psicopedagogia - Aspectos da relação cérebro-comportamento: histórico e considerações neuropsicológicas \(revistapsicopedagogia.com.br\)](http://revista-da-associacao-brasileira-de-psiopedagogia.com.br). Acessada em 07/08/2021.

Além de Gall, o estudo da anatomia humana foi objeto de outros médicos, principalmente no século XIX. Um dos grandes expoentes, mais tarde, foi Cesare Lombroso, médico italiano e especializado na área de psiquiatria, chegando a atuar como diretor de um manicômio na cidade de Pesaro, mantendo ali seu primeiro contato com pessoas acometidas por transtornos mentais<sup>9</sup>.

Em sua trajetória como médico, Lombroso viu na prisão uma espécie ideal de laboratório para a fomentação de suas ideias e utilizando os detentos como as cobaias necessárias para seus experimentos antropométricos e cranioscópicos. Assim, além de analisar características que seriam intrínsecas a criminosos como as tatuagens, o uso de gírias, preguiça e o sentimento de vingança, se utilizou do crânio como medida para conceber uma marca provável de “natureza desviante”.

A fisionomia dos famosos delinquentes reproduziria quase todos os caracteres do homem criminoso: mandíbulas volumosas, assimetria facial, orelhas desiguais [...] (LOMBROSO, 2010, p. 197).



Fonte: LOMBROSO, C. *L'homme criminel: criminel-né, fou moral, épileptique*. Atlas. XXXII Planches. Turim: Camilla et Bertolero, p. 165, plancha XXIV. Volume conservado pela Bibliothèque nationale de France (BnF), gallica.bnf.fr<sup>10</sup>.

<sup>9</sup> Cf. LOMBROSO, Cesare. *O homem delinquente*. São Paulo: Editora ícone, 1ª reimpressão, 2010.

<sup>10</sup> Disponível em: [Conjunto de crânios de criminosos. Estudo de Cesare Lombroso. Fonte:... | Download Scientific Diagram \(researchgate.net\)](#). Acessada em 16/08/2021.

Segundo Carrara (1998), com seu objeto de estudo, Lombroso abriu caminho para o fortalecimento da antropologia criminal enquanto corrente que buscava lançar luzes sobre os problemas que assolavam a sociedade, especialmente no tocante ao delito. Nesse percurso, resgatando concepções de Gall e de outros médicos que se debruçaram sobre a sistematização de medidas da anatomia humana, Lombroso visava construir a “chaga original” que marcaria de uma vez por todas a existência de um *Homo criminalis* (criminoso nato).

Enquanto membro de um grupo natural, o criminoso não tinha obviamente o poder de escolher ser honesto, pois o delito seria apenas efeito imediato de sua inferioridade biológica, de sua inépcia natural em viver em uma sociedade que já alcançava um estágio de evolução em relação ao qual ele estaria defasado [...] branco, tampouco o criminoso poderia naturalmente pensar ou agir como um homem honesto, adaptando-se perfeitamente às regras morais e legais que, em sua sociedade, limitariam e controlariam a “luta pela vida”. (CARRARA, 1998, p. 107).

Ainda em *O homem delinquente*, Lombroso (2010, p. 124) irá flertar com a comparação entre delinquentes e alienados, tendo em vista que ambos teriam em si o desejo pela violência e o fervor da instabilidade de certas paixões, além da insensibilidade frente a dor. Na mesma obra, o médico também passa a fazer alusão à figura do criminoso louco e sua contraparte ao criminoso nato, criando, assim, diferentes classificações de anormalidade para compreender o ato delituoso e sua origem biodeterminista. Assim sendo, a loucura vai sendo compreendida como resultado direto de uma estrutura mais primitiva do cérebro humano e o uso da psiquiatria vai sendo incorporada cada vez mais no trabalho de Lombroso. Um cérebro atávico certamente seria assolado por uma insanidade moral e para um cérebro adoecido a “medicalização”<sup>11</sup> seria peça-chave. Aqui, a relação entre a área médica e o judiciário ficariam ainda mais intrincadas, principalmente levando em conta o papel da psiquiatria.

[...] ao agregar as categorias do atavismo e da degenerescência ao perfil do criminoso nato que Lombroso imprimiu novo sentido psiquiátrico-biológico-evolutivo e jurídico à conduta anormal. Em outras palavras, quando Lombroso define o criminoso nato como um degenerado e atávico, permite a leitura de que este criminoso é um monstro por violar a lei natural, por infringir a evolução natural das espécies [...] Ademais, se o ponto agora não é mais o da

---

<sup>11</sup> Cf. Merida, 2009, p. 94.

incapacidade alienada no nível da consciência, mas o dos instintos, do que a pessoa é capaz de cometer por seus impulsos primitivos, apenas o médico teria competência para medir o grau de periculosidade (MERIDA, 2009, p. 93)

### 1.1.2 A figura do “criminoso-louco” e suas consequências

Em *Os anormais*, Foucault (2002a) aponta que a psiquiatria penal do século XIX, a mesma que Lombroso foi incorporando gradativamente em seus trabalhos após duras críticas ao modelo biodeterminista de criminoso nato que havia insistido em difundir, passou a transmutar uma certa figura patologizada: a do louco-monstro em anormal. Porém, para além das grandes mistificações acerca da palavra “monstro”, a mesma é tomada aqui em seu sentido mais dantesco, já que se transmuta na própria figura humana e não mais em uma entidade demoníaca e bestial. A entidade humana sem as vestes bestiais se traduz, nesse momento, no anormal. Posteriormente, a figura do anormal viria a ser redesenhada na de “criminoso-louco”.

Enrico Ferri (1856-1929), jurista que estava inserido na Escola Antropológica Italiana<sup>12</sup> e que incorporou boa parte do pensamento Lombrosiano em suas formulações, foi fundamental para a formação e delimitação da figura que viria a ser compreendida como “criminoso-louco”.

Para Carrara (1998), Ferri deu conta de criar uma das classificações de criminosos mais difundidas no campo jurídico-psiquiátrico. Nela, além dos criminosos-natos e outros tipos, se encontrava a figura do criminoso-louco que comportaria as seguintes “subespécies”: loucos morais, loucos racionais, idiotas, maníacos persecutórios, epiléticos degenerados, dentre outros. Através dessa classificação, Ferri aparentava sistematizar a periculosidade própria a cada “espécie desviante”, através do conceito de temibilidade<sup>13</sup>, o qual serviria para justificar o uso de “medidas pré-delituais”<sup>14</sup> sob o manto de uma proteção social. Nesse sistema, o jurista percebia a loucura e o crime como decorrências de uma mesma falha biológica: a moral.

---

<sup>12</sup> Cf. CARRARA, 1998, p. 102.

<sup>13</sup> Cf. GENTIL. 2015. p. 30.

<sup>14</sup> Cf. MERIDA. 2009, p. 59.

A patologia moral é sempre acompanhada do desequilíbrio mental mais ou menos grande, segundo o grau da anomalia entre os seres anormais. Porque o crime e a loucura são dois ramos do tronco único da degenerescência humana, de onde provém ainda a tendência inata ao suicídio e à prostituição, e todas as formas e todos os graus das neuroses e das psicoses (Ferri, 2001, p. 35 **Apud** WEIGERT, 2015, p. 59-60).

A passagem da figura do louco, mero alienado, para a de criminoso ocorreu, portanto, como dito anteriormente, pela ótica do patológico. Com isso, Foucault (2002a) destaca um caso paradigmático que, dentre outros exemplos, fez com que essa reconfiguração de status fosse socialmente necessária.

[...] o caso de Sélestat [...] essa pobre mulher, uma mulher miserável mesmo, matou a filha, cortou-a em pedaços, cozinhou-a e devorou-a numa época – era em 1817 – em que reinava uma fome grave na Alsácia (FOUCAULT, 2002a, p. 138)

É de fundamental importância destacar que o caso de Sélestat, assim como os demais que não serão objeto de aqui, não se furtaram às problematizações, tendo em vista que o debate entre razão e loucura manchavam a possibilidade de uma resposta uníssona à atitude da mulher francesa, já que a fome teria o condão de humanizar um ato tão atroz. Dessa maneira, ainda que as circunstâncias tenham rechaçado a atenção da psiquiatria criminal à época, as considerações de relação entre crime e loucura começaram a se acentuar.

De todo modo, foi através de tais casos que se desenvolveu uma primeira reflexão sobre a relação entre crime e loucura que é significativa para a compreensão da problemática dos manicômios judiciários em fins do século XIX. No centro de tal discussão, encontrava-se a categoria nosológica da monomania, elaborada no campo da patologia mental no início do século XIX pelos alienistas franceses [...] (CARRARA, 1998, p. 71)

### **1.1.3 Crime x loucura: degeneração e monomania**

Segundo Carrara (1998, p. 122), “[...] degeneração poderia produzir tanto o crime, quanto a loucura, a genialidade, a inversão sexual ou a excentricidade [...]” e, dentro de um sistema tão complexo como o constituído pela estrutura humana, poderia produzir em um único indivíduo, o crime e a loucura.

Assim, os estudos acerca do crime e da loucura encontraram diversas barreiras a serem superadas, passando da área biológica para a jurídica, mas sem comprometer a atuação da psiquiatria entre ambos os extremos, já que era necessário dar conta de compreender a estrutura orgânica e a psique do criminoso/anormal. Ademais, o movimento de interrelação entre duas bases que intrigavam tanto o meio acadêmico como o meio social não se evadiu das críticas formuladas por Foucault, que via em tal ligação um meio de criminalizar a loucura em si. Segundo Ibrahim (2012), Foucault, além de buscar compreender a motivação concreta em transformar o criminoso comum em um louco, questionava a atuação cada vez mais incisiva da medicina nas práticas jurídicas.

Nessa perspectiva, a teoria criada por Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), psiquiatra francês ligado intimamente às ideias de Philippe Pinel, inseria a concepção de *monomania*<sup>15</sup>, enquanto patologia mental, no âmago da correlação e do debate entre crime e loucura e como um se moldava ao outro. Esse, inclusive, foi um dos principais pilares que justificaram a dinâmica médico-jurídica no século XIX, além de assentar a psiquiatria como instrumento de mediação entre os dois campos através dos exames de periculosidade, em que se “media” o mal em potencial em cada criminoso/paciente. Nesse campo, a *monomania* era tida como uma concepção intelectualista na esfera da loucura e que transitava no delírio através da figura do *maníaco*. Essa última figura apostava grande parte de seus esforços a combater uma ideia persistente construída sob uma lógica cadencial, ao menos, sob seu ponto de vista (CARRARA, 1998).

A monomania, segundo Castel (1978), teria sido a primeira resposta da escola alienista para qualificar de maneira patológica uma nova área do comportamento que não diz respeito à visão clássica da loucura por intermédio do delírio. Com isso, ela amplia o espaço de categorização, sendo uma extensão do patológico (GENTIL, 2012, p. 22)

A *monomania*, conforme as lições de Esquirol, fica entrelaçada, portanto, à ideia de degenerescência já trabalhada por Lombroso. O próprio indivíduo atávico, de estrutura tão deficitária, seria o consorte por si só de um sistema mental desestabilizado, tendo em vista que seu desenvolvimento, seja hereditário ou por qualquer outro fator, falhou em

---

<sup>15</sup> Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) difundiu os estudos sobre a monomania na obra Tratado de Doenças mentais (1838).

alcançar o patamar biológico normal do indivíduo comum. Tal categoria nosológica serviria, enfim, como lacuna justificável para a aplicação de punições dos indivíduos portadores de transtornos mentais.

Tradicionalmente, não praticava crime aquele que sofria de delírio e que possuía distúrbios, mas, diante das monomanias, degenerações, atavismos e outras complexidades mentais, o médico se vê na legitimidade de questionar o funcionamento do direito de punir, quando aplicado em situações onde os motivos desaparecem e o fato parece sem explicação plausível, racional (MERIDA, 2009, p. 102)

Assim, já havia em curso uma justificativa modelar para uma reação mais organizada contra um inimigo que somatizava em si dois males que se complementavam em uma personificação quase demoníaca: um indivíduo instável moral/psicologicamente capaz de cometer os atos mais hediondos de forma fria e desmensurada, já que ausente de suas faculdades mentais. Com a personificação do mal, restara uma pergunta: qual o destino adequado para esses indivíduos?

## 1.2. Loucura enclausurada: o surgimento da figura do manicômio judiciário

A loucura, para além das categorias pato-biológicas, nem sempre foi tida como algo a ser escondida e apartada do meio social por ser considerada um sinal de mal a ser enfrentado. Weigert (2015, p. 37), afirma que “especificamente no início da Idade Clássica, a loucura ainda era entendida como algo pertencente ao cotidiano, convivia naturalmente com o corpo social [...]”. Esse *locus* da loucura no período clássico, com menos amarras e sem os estereótipos excludentes, é tido como resquício da Idade Média, na qual esse estado mental ainda era tido como um enigma quase esotérico no período Renascentista<sup>16</sup>.

A forma como era percebida a loucura pela sociedade medieval, “encontra-se com a ideia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral, experiência originária” (AMARANTE, 2013, p. 23 apud WEIGERT, 2015, p. 36). Farge explica que, no século XVI, a loucura fascina, a nau dos loucos passeia seus personagens por uma odisseia comum, em que a visão cósmica de um mundo secreto une-se à experiência trágica, a fim de extrair a verdade da

<sup>16</sup> Segundo Weigert (2015, p.35), “Na Renascença, diferentemente, [a loucura] passou a ser vista como sabedoria e verdade, uma forma especial de irônica razão superior”.

necessidade do mundo (FARGE, 1999, p. 54 apud WEIGERT, 2015, p. 36). A loucura era uma espécie de fonte de saber e de verdade.

Nada obstante, a “suspensão de descrença” perante o louco e seu papel no tecido social, seja como personagem figurante ou como protagonista de uma história macabra, aos poucos vai sendo corroída na passagem dos séculos. A motivação de uma aflição crescente e generalizada em torno da figura do louco que parecia se multiplicar segue a sorte de muitas variáveis, inclusive os preparativos para a Revolução que estava por vir e que aumentavam os anseios e medos na comunidade.

No decorrer do século XVIII, alguma coisa mudou na loucura. Houve, de início, esse medo que parece ligar o desatino às velhas obsessões, devolvendo-lhe uma presença que o internamento havia conseguido evitar — ou quase. Contudo, não é só isso: lá mesmo onde a loucura havia sido deixada em repouso, no espaço homogêneo do desatino, realiza-se um lento trabalho, muito obscuro, mal formulado e do qual se percebem apenas os efeitos superficiais; uma onda profunda deixa que a loucura reapareça, a qual tende com isso a isolar-se e a definir-se por si mesma (FOUCAULT, 1978, p. 417)

Ao fim, o fascínio pelo diferente não foi resgatado e o final do século XIX na Europa mostrou o destino que aparentemente seria o mais adequado para a loucura, principalmente aquela que cindia as regras sociais. Para Carrara (1998), os estudos traçados acerca da loucura e a sistemática patologização desse estado mental e a criação de categorias como a monomania, que marcavam o louco como doente e criminoso, teriam delineado o caminho de construção de um espaço médico-legal que serviria como reduto final para esses indivíduos: o manicômio judiciário.

A figura e o símbolo do manicômio judiciário, apesar das ambiguidades que serão apontadas, também devem ser compreendidos por uma ótica sociológica e antropológica, tendo em vista que tal instituição não se resume a um espaço de mero enclausuramento, mas de construção de estigma. Assim, retomando os apontamentos feitos sobre o processo da patologização da loucura e do papel das normas sociais como parâmetros para uma “normalidade” socialmente construída, o estigma impresso pelo manicômio no interno será fruto, segundo Goffman (1974, p. 111), “[de] um processo que ocorre sempre que há normas de identidade”. Dessa forma, quando o social torna a olhar para dentro do manicômio, internaliza e associa tal destino como marca de um “certo tipo” de criminoso.

Ademais, somado ao significado social que a instituição representa, esse espaço comum, assim como durante os estudos sobre a monomania, será disputado e movido pela interação entre o judiciário e a psiquiatria, sob uma ótica de controle dos corpos dos pacientes/presos. Neste percurso, a relação paciente/preso era uma das constantes dissonâncias desse terreno, afinal, não se delimitava bem qual deveria ser o papel dessa instituição: punir ou servir como meio de tratamento médico.

Para que a sociedade pudesse ser eficazmente protegida, a pena deveria perder o sentido de punição de atos para se vazarem nos moldes da intervenção tutelar e individualizante com a qual os alienistas já haviam cercado os loucos (CARRARA, 1998, p. 114).

Nesse sentido, muito se discutia sobre o ambiente carcerário reproduzido dentro dos manicômios judiciários, que espelhavam a mesma violência exercida sobre os apenados e como os médicos reagiam de forma negativa a essas práticas. Além disso, a internação nos manicômios, sintetizada no instituto da medida de segurança<sup>17</sup> no Brasil, afetava a relação entre juízes e psiquiatras tal como elementos químicos que comumente se repelem.

Ora, há um descompasso evidente entre a ideia de uma medida-de-segurança com duração mínima estabelecida pelos tribunais, e proporcional à pena atribuível ao mesmo crime caso tivesse sido cometido por pessoa sadia, e as concepções “individualizantes” da medicina relativas ao processo de doença e de cura. Parece que não se pode exigir de uma doença que respeite os prazos legais, embora seja exatamente isso que faz o Código Penal (CARRARA, 1998, p. 31).

Para além das formas de tratamento, o embate da seara penal e do campo médico se debruçava sobre a fator da imputabilidade a ser conferido a um indivíduo que flertava, ao mesmo tempo, com as práticas médicas e com as estruturas de um judiciário enrijecido e que via com grande receio os avanços da psiquiatria no campo legal. Isso ocorria quando o judiciário se via diante de um “crime” cometido por um indivíduo acometido por uma deficiência mental e os médicos eram chamados a dar um parecer acerca do diagnóstico

---

<sup>17</sup> A internação no manicômio judicial constitui opção diversa ao cárcere levando em conta a análise médica do indivíduo para que seja atestada sua imputabilidade. Caso a doença mental seja aferida, o juiz, acatando ou não a análise médica, aplicará a medida de segurança que entender cabível ao caso aos moldes dos atuais artigos 96 e 98, do Código Penal.

médico do paciente/acusado. A depender do resultado, inúmeras incógnitas no ordenamento surgiam e foram essenciais para a construção do manicômio judicial como instituição total<sup>18</sup>.

Primeiramente, não havia consenso sobre a elasticidade da interpretação da legislação, pois, afinal, qual o alcance da expressão louco de todo gênero? Ou com o Código de 1890, o alcance da expressão completa privação de sentidos e de inteligência? Em segundo lugar, exigia-se adequação “moral” ao louco, bem como superação à “patologia” do criminoso. Falava-se em Manicômio ou em seção especial no Hospício para os “loucos-criminosos” e presídios específicos para “reincidentes incorrigíveis”, ou seja, de certo modo, a prisão se fez asilo e o asilo se fez prisão, guardando entre si a característica das instituições totais (GOFFMAN, 2008 apud MERIDA, 2009, p. 102).

Dessa forma, a imputabilidade ou inimputabilidade do indivíduo que se encontrava em uma dupla posição (seja de criminoso e/ou louco) pendia em uma balança de difícil verificação. Se por um lado os exames médicos poderiam apontar para um sistema mental desorganizado e apto a receber o tratamento ao qual o manicômio se dispunha a executar, por outro lado os juízes não eram vinculados a tais diagnósticos, o que criava um vácuo em termos de segurança jurídica.

Ao fim, apesar dos debates que se impuseram nesse campo, o destino final dos indivíduos “desviantes” social e mentalmente já estava sendo traçado. Já em território brasileiro, segundo Merida (2009, p. 103), “A medicalização do criminoso brasileiro eclodiu no fim do século XIX, portanto, por uma série de fatores presentes nesse momento histórico de profusão científica, que permitiria a “elevação” de nosso país à categoria de nação civilizada”.

### **1.2.1 O surgimento do manicômio judiciário do Rio de Janeiro**

Em paralelo ao desenrolar dos acontecimentos na Europa, os primeiros muros manicomiais foram erguidos no Brasil ainda no século XIX, sendo o primeiro deles o Hospital Nacional de Alienados, ou Hospício Pedro II, criado através do Decreto nº 82,

---

<sup>18</sup> Segundo Goffman (1974, p. 11), “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”.

de 18 de julho de 1841. Apesar do Decreto, a inauguração ocorreu apenas onze anos depois, em 1852.



Hospício Nacional de Alienados situado na Urca, RJ (1890). Fonte: Gilberto Ferrez<sup>19</sup>

Dentro de sua configuração espacial, o Hospício Nacional dedicava uma área específica aos loucos morais<sup>20</sup> que, segundo Carrara (1998, p.19), “representaram um problema grave de ‘ordem’ para os médicos e enfermeiros, por causa do seu comportamento antissocial e por sua resistência à ‘cura’”. A Seção Lombroso, como era denominada, era uma espécie de prisão dentro da prisão, onde ocorria a segregação daqueles que tendiam a demonstrar traços mais violentos do que os internos comuns. Apesar da configuração própria, o Hospício Nacional possui outros graves problemas em sua estrutura.

Havia no Hospício a “total ausência de um corpo médico, sendo os loucos, e um contingente de órfãs ali abrigadas, cuidados por irmãos de caridade e umas poucas enfermeiras trazidas da Europa” (Passos, 2009, p. 106 apud WEIGERT, 2015, p. 64). (...) Apenas em 1881, quando é fundada a cadeira de “Doenças Nervosas e Mentais”, um médico generalista, assume a direção da instituição (Costa, 2006, p. 34 apud WEIGERT, 2015, p. 64).

Na esteira dos problemas estruturais que circundavam a instituição, outros fatores começaram a entrar na equação que aos poucos ia se formando no campo médico brasileiro. Segundo Weigert (2015, p. 64), “com a promulgação da Lei dos Alienados, Decreto lei nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que objetivava reorganizar a assistência

<sup>19</sup> Disponível em: [Urca, vendo-se o Hospício Nacional de Alienados \(atualmente Universidade Federal do Rio de Janeiro\) \(bn.gov.br\)](http://urca.vendo-se-o-hospicio-nacional-de-alienados-atualmente-universidade-federal-do-rio-de-janeiro-bn.gov.br). Acessado em 17/08/2021.

<sup>20</sup> Segundo Carrara (1998) e Merida (2009), os *loucos morais* se constituíram em uma subespécie dentro dos tidos como degenerados, permanecendo ao lado de figuras como os monomaníacos e os perversos sexuais. Ademais, o termo louco moral era comumente tomado pelos alienistas, para se referirem ao típico criminoso nato trabalhado na perspectiva dos criminólogos.

a estes indivíduos”, a psiquiatria começou a ganhar notório espaço no campo de debates sobre o destino dos alienados que se encontravam em conflito com a lei.

Somado ao avanço da psiquiatria, que galgava cada vez mais credibilidade, o cenário social do início do século XX contribuiu para que as discussões acerca de um destino apropriado para os loucos delinquentes fossem cada vez mais inflamadas. Dessa forma, os diversos casos taxados como bárbaros, como o de Custódio Serrão<sup>21</sup>, teriam sido outra peça-chave na equação posta.

Com a fomentação de um cenário cada vez mais propício e em um momento de abertura na política que movimentou as estruturas do sistema penitenciário do Rio de Janeiro (CARRARA, 1998), em 1921, o Manicômio Judiciário, que mais tarde receberia o nome de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho em homenagem ao seu ex-diretor, teve seus muros inaugurados por meio do Decreto nº 14.831 de 25 de fevereiro. Nas décadas seguintes a instituição viria a sofrer alterações e, segundo Carrara (2010, p. 17), “depois de 1986, no bojo das reformas da legislação penal brasileira, passou a ser designado como Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.



Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro, localizado na Rua Frei Caneca - Estácio<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Id. Ibid., “Em 1897 Serrão matou o tutor de sua irmã a sangue frio, porque pensou que este estava tramando sua internação no hospício. Rendeu-se à polícia, mas foi imediatamente classificado como louco e, logo após, internado no Hospício Nacional de Alienados que tanto temia”.

<sup>22</sup> Disponível em: [MPERJ/SEAP - Museu Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro - Base de Dados História e Loucura \(historiaeloucura.gov.br\)](http://MPERJ/SEAP - Museu Penitenciário do Estado do Rio de Janeiro - Base de Dados História e Loucura (historiaeloucura.gov.br)). Acessado em 17/08/2021.

Ao fim, seguindo os moldes do manicômio europeu, a instituição do Rio de Janeiro reproduziu muitas das contradições já destacadas, principalmente no tocante à aproximação acentuada entre prisão e instituição médica, além das diversas formas de violências advindas desse emparelhamento entre figuras institucionais totais.

Na esteira de relações institucionais entre internos e funcionários, Carrara (1998, p. 37), relata que “[...] o fato de serem pacientes (alienados) impedia, por sua vez, que eles fossem “humanitariamente” tratados enquanto simples presos ou delinquentes”. Era nessa exata medida que a instituição manicomial construía um *estigma* tão profundo e enraizado no ser de quem ali estava enclausurado, que não era incomum os internos não conseguirem se identificar enquanto indivíduos merecedores de qualquer toque ou tratamento humano na masmorra final construída para separá-los do mundo dos homens.

Não se pode negar que, os manicômios judiciários, tal como se encontram implicados no interior da engrenagem dos ‘jogos de verdade’, sejam, de fato, o final da linha destinada àqueles - segundo a visão de Michel Foucault -, de quem a sociedade precisa se defender (IBRAHIM, 2012, p. 49)

## 2) MANICÔMIO EM PERSPECTIVA: PRÁTICAS DE MANUTENÇÃO E DIÁLOGOS EM MEIOS ALTERNATIVOS

*“Porque passei pela prisão, eu compreendo as pessoas e os animais que estão doentes, pobres, que sofrem. Eu me identifico com eles. Sinto-me um deles.”*  
– Nise da Silveira

### 2.1 Um retrato das entranhas do manicômio judicial



*Foto: Cena do filme “A Casa dos Mortos”, de Débora Diniz<sup>23</sup>*

No natal de 1919, um dos mais célebres jornalistas brasileiros, Lima Barreto, se viu internado no Hospício Nacional dos Alienados após uma intervenção policial. Dentre seus primeiros registros escritos em seu período de internação, Lima ressalta o papel conferido à polícia, à época, ao separar o “demente”, o “corpo anormal”, do seio social “saudável”. Em outra passagem, Lima aponta a primeira violência que se fez aperceber naquele ambiente retratado como “hostil”: “Todos nós estávamos nus, as portas abertas, e eu tive muito pudor” (BARRETO, 2017, p. 6-7). A nudez do corpo aparece como ritual inicial para a incorporação da pele e da mente nesse terreno, que já havia sido palco de Lima em outra época. Apesar dos pesares, do desnorteamento da nudez forçada e às portas

---

<sup>23</sup> Disponível em: [G1 > Cinema - NOTÍCIAS - Antropóloga expõe em documentário feridas dos manicômios brasileiros \(globo.com\)](https://g1.globo.com/cinema/noticias/antropologa-expoe-em-documentario-feridas-dos-manicomios-brasileiros). Acesso em: 11 de janeiro de 2022.

abertas, é preciso pudor, assim como o sentiu o personagem, sim, personagem, pois Lima, enquanto pessoa, aqui não se postava mais como tal; já estava inserido no *cemitério dos vivos*<sup>24</sup>.

No seio da literatura, lançando o olhar sobre uma história que carrega a morte de milhares, Daniela Arbex, em *O Holocausto Brasileiro*<sup>25</sup>, destrincha o Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, como uma das instituições responsáveis por uma das maiores violações de direitos humanos na área da saúde mental no Século XX. Em suas passagens, a jornalista descreve um cenário desolador, enquanto a miséria humana parece pesar no ar a cada passo. Se Lima Barreto não lançou mão do pudor para se blindar frente à nudez do corpo, Arbex desvela outras etapas do processo de desumanização: “Nem todos tinham estômago para se alimentarem de bichos, mas os anos no Colônia consumiam os últimos vestígios de humanidade (ARBEX, 2013, p. 42). A passagem apontada pode causar um gosto amargo, mas também apresenta as situações a que eram expostos os internos do hospital. A falta de uma alimentação adequada, o escasso ou inexistente saneamento básico e a ausência de qualquer condição de mínimo conforto. Através de todo um cenário de horror, Arbex narra a passagem de Franco Basaglia pelo Hospital, em julho de 1979. Após pedir que a imprensa fosse convocada, Basaglia se absteve de maquiar a realidade e narrou sua visita a um “campo de concentração nazista”, reiterando que nunca havia presenciado uma tragédia como a que tinha vivenciado (ARBEX, 2013, p. 187).

A perspectiva trazida por Basaglia, que invoca as memórias de um passado brutal e imperdoável, permite um paralelo, ainda que traçado pelo elo da dor, do fenômeno histórico de mortificação de determinados sujeitos. O apagamento “muçulmano” em seu “lugar” (campo de concentração) era feito de fora para dentro, por meios de tortura, tais como as câmaras de gás (AGAMBEN, 2008 *apud* WEIGERT, 2015, p. 119). Por outro lado, dentro dos muros manicomiais, testemunhamos o mesmo fenômeno de desvanecimento do sujeito através de uma técnica também mortífera: o esquecimento. O

---

<sup>24</sup> *Cemitério dos vivos*, termo que compõe o título da obra de Lima Barreto, entrelaça palavras relacionadas à morte e à vida como meio de reafirmar o enterro da memória do eu e o apagamento dos corpos que adentram o manicômio, mas que apesar do processo cruel que enfrentam, inspira a vida e a narrativa de uma sanidade em outros moldes não convencionais.

<sup>25</sup> Na obra em questão, a jornalista brasileira Daniela Arbex relata a história do Hospital Colônia de Barbacena na forma de um documentário escrito. Segundo os dados obtidos, o Hospital foi responsável pela morte de cerca de 60 mil pessoas entre os anos de 1930 e 1980.

esquecimento, aqui entendido enquanto arma simbólica, utilizada enquanto aparato de uma (não) política estatal, também é morte.

Nesse abismo no qual o manicômio se transfigura, há que se perceber que nem sempre os argumentos “científicos” irão desembocar em um lugar simbólico, ainda que conflituoso. O manicômio, como diversas experiências apontam, por diversas vezes ocupa a posição de um não-lugar, onde nenhum outro discurso ou embate se preocupa em ressoar, pelo simples fato de um desinteresse mútuo. Essa é apenas mais uma das formas de esquecimento a que são submetidos todos os “loucos”, como (não) sujeitos de direito. Em grande medida, esse efeito expansivo do processo de esquecimento/abandono que ocorreu de forma mais acentuada principalmente no século XX no Brasil, aponta para o fato de ter ocorrido um crescimento exacerbado na abertura de novos estabelecimentos em diversas regiões do país, como Rio de Janeiro, Minas Gerais e Maranhão (ASSIS, 2019, p. 41).

Destarte, com base na percepção do fenômeno do abandono físico e, também, “espiritual”<sup>26</sup>, é imprescindível que se olhe para outros vínculos que são rompidos nessa pavimentação sinuosa: os laços familiares. Como parte essencial dessa quebra do elo sujeito-sociedade, e das instâncias de desejos e afetos que delineiam a figura do “*eu*”, o rompimento dos laços familiares, quando presentes, também é causa e consequência do desmonte do indivíduo. A estigmatização demonizante do *louco criminoso* se torna resultado final da ressignificação do sujeito sem as peças afetivas e sociais que o acompanhavam.

Significa dizer que a partir do momento em que o considerado louco pratica um crime, ao passar a ser identificado com o rótulo de criminoso, parece ocorrer uma espécie de despersonalização. É como se o sujeito deixasse de ser quem era até então para passar a ser ‘o criminoso’. Todas as demais características deixam de existir e ele vira o que o seu ato (delito) representa: perigo. Este o processo de essencialização, a pessoa passa a ser aquilo que o estigma lhe atribui e nada mais é relevante sobre ela. (WEIGERT, 2015, p. 131)

---

<sup>26</sup> Termo utilizado para se referir a todo o aparato psíquico/emocional do indivíduo, em todas as suas instâncias e particularidades enquanto ser complexo.

Nesta mesma perspectiva, tomando como referência o *labeling approach* e o *paradigma da reação social*, podemos apreender que o rótulo da loucura é comumente moldado sob a própria ótica do social. Dessa forma, a parte do comportamento “desviante”, temos a reação social quase que natural em estigmatizar o indivíduo que não se enquadrou às expectativas pré-concebidas ou pactuadas, logo, é preciso classifica-lo, etiqueta-lo. Assim, sua própria identidade é reconstruída em outros moldes através de um comportamento derivado de diversos fatores sociais, culturais ou biopsicológicos que, por consequência, gera uma dinâmica na esfera do grupo social (OLIVEIRA; LEITE, 2019, p. 287).

Nesse plano geográfico/social/simbólico onde o Manicômio Judicial se assenta, temos o encadeamento do que em medicina se denomina como a “tempestade perfeita”: a síntese de tudo o que poderia dar errado para agravar um caso clínico. Aqui, todas as cartas estão na mesa, todas as cartas que representam as estruturas de poder, de dominação, de esvaziamento e, em última instância, de indiferença em face do que é humano.

Aqui, ressaltando essa configuração do lugar simbólico do manicômio, assim como foi invocada a figura bárbara do campo de concentração, encontramos amparo na ideia formulada por Hannah Arendt sobre a *banalidade do mal*<sup>27</sup>. Essa banalidade, como colocada pela filósofa alemã, consistente na instrumentalização do racional, reflete na automatização de ações sem que se pense em um nível minimamente humano sobre aquilo que se faz com o outro, espelhando apenas as ordens “de cima”. Quando se banaliza, a percepção frente ao resultado (sofrimento) que se produz não causa sequer adoecimento, mas adormecimento, já que ao nível cognitivo, tende a ocorrer uma certa dissociação entre a ação do agente e a da figura do “superior” que se confundem no ato retalhamento de uma vida ou de uma subjetividade. Esse tipo particular de adormecimento do consciente frente ao que é brutal pode explicar como dezenas de internos do Hospital Colônia eram largados em um pátio em noites extremamente gélidas apenas para morrer (ARBEX, 2013, p. 67). A dor alheia acaba perdendo o sentido e é objetificada e

---

<sup>27</sup> Arendt (2013), ao utilizar a construção da *banalidade do mal*, tenta explicar como a racionalidade humana pode ser moldada e segregada a tal ponto, que o fio que liga a própria noção de autorresponsabilidade frente ao caráter cruel dos atos cometidos se perde, pelo simples fato do agente executor enxergar uma mera técnica a ser aplicada, sempre sob ordens de um terceiro e sempre em continuidade a um ato pré-executado. Nessa lógica, cada agente desempenharia um papel no processo (quase numa ideia de divisão social do trabalho) até que o resultado final fosse alcançado e o senso de responsabilidade, diluído.

silenciada. Essa, talvez, seja a única resposta insossa, quando não amarga, para a barbárie que acometeu os campos e que se encontra alojada na “prisão da loucura”: ações esvaziadas de questionamentos, em que cada Eichmann “[...] simplesmente nunca percebeu o que estava fazendo” (ARENDDT, 2013, p.159).

Nessa espiral viva de vozes e sofrimentos, se as histórias de Lima Barreto e dos internos do Hospital Colônia de Barbacena serviram para dar um rosto às entranhas do Manicômio, uma nova personagem deve ter sua própria vez. Maura Lopes Cançado, que foi paciente de hospitais psiquiátricos em Minas Gerais e no Rio de Janeiro entre 1959 e 1960, expõe em um diário o que viveu dentro dos muros pelos quais passou. Entre as narrativas de solidão, de abusos sofridos por parte de médicos, e do testemunho do desprezo pela natureza humana, Maura se depara com angústias inconsoláveis e com a dúvida percepção frente a imagem e o significado de Deus. Com uma infância conturbada em relação ao pai, um homem que dizia ser temente a um ser maior, e se vendo frente a memórias sobrepostas de afeto e repulsa, Maura tenta reconstituir o significado de Deus dentro do Manicômio a fim de encontrar um refúgio em um não-lugar. Em um exercício de assimilação entre as atitudes negativas do pai (mal) e a figura de um seguidor de Deus (bem), essa mesma mulher se percebe quase que em um purgatório:

Quero ser como os outros, esta solidão me desespera. E Deus? Se pudesse criar esse Deus a mim, tão necessário. Sinto (e esta sensação não é nova, sempre me acompanhou) como se uma parede de vidro me separasse das pessoas. Posso vê-las, mas estou sempre só, jamais as atingiria, nem seria atingida. Quem poderia me ajudar? O médico? Mas como, se não creio nele, se sou mais inteligente? Ó, se alguém pudesse salvar-me. (CANÇADO, 1991, p. 145)

Ao fim, ante todas as indagações que vieram à luz com suas palavras, talvez Maura Lopes Cançado tenha chegado a uma resposta própria em seu íntimo deslocado e violentado por uma realidade perturbadora, mas pode ter deixado um significado nas entrelinhas de um diário vivo: Deus, a depender de quem o experimenta, pode ser o próprio inferno.



Foto: Hospital Colônia de Barbacena - Luiz Alfredo/O Cruzeiro<sup>28</sup>

### 2.1.1 A simbiose entre os sistemas jurídico e médico na dinâmica do manicômio judicial

O manicômio, de maneira incontestável, é tido como uma ferramenta de poder e de controle pelo Estado desde sua concepção, que traduziu, em suma, os ideais produzidos em solo europeu com estudos de Gall e Lombroso, assim como diversos outros personagens dessa história. Se, no século XIX, os métodos de contenção dessa “*loucura criminosa*” eram disseminados em certas instâncias sociais e viabilizados pelos meios jurídicos e médicos, o manicômio culmina na convergência de um instrumento complexo. O manicômio, como instância social segregadora, parecia o rascunho definitivo das ideias capitaneadas por Nina Rodrigues em *As Raças Humanas e a responsabilidade penal no Brasil*<sup>29</sup>, obra que traduz uma versão racista e altamente preconceituosa de uma sociedade composta por variadas “espécies” humanas, que, por consequência de suas diferenças, deveriam receber certo tratamento, seja social ou penal, a depender do tipo que correspondia.

<sup>28</sup> Disponível em: [Holocausto Brasileiro: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil - La Parola](#). Acesso em: 14 de janeiro de 2022.

<sup>29</sup> Rodrigues (1933), dentre diversos exemplos, enxergava uma estrutura problemática na aplicação Código Penal vigente à época, levando em conta a “igualdade” com a qual eram tratadas as diversas “raças”, que poderiam ter o cárcere como destino final de maneira quase indistinta, sem que uma ponderação profunda das individualidades pudesse ser aferida, podendo servir, talvez, como um salvo-conduto.

Nessa perspectiva institucional, se uma escola desempenha o papel de formação para a construção de um cidadão “ideal”, o manicômio tem sua contraparte no desmonte de corpos, mais especificamente, no silenciamento das subjetividades humanas. Para além do significado estrutural desse espaço, são muitas as forças que operam o desenrolar das histórias que são construídas intramuros. O saber médico e jurídico, em suma, formam duas partes de um todo que resulta, quase que naturalmente, em opressão em diversas camadas.

Como porta de entrada, a prática forense aponta para a necessidade da formulação de laudo psiquiátrico para que insanidade no momento da execução do delito possa ser atestada, tendo, tal documento, a possibilidade de embasar a decisão a ser proferida pelo magistrado, que não ficará vinculado ao atestado. É nesse momento, na produção de um **laudo médico-legal**, que os saberes *jus* e *psi* interagem pela primeira vez na pavimentação do destino a ser dado aos inimputáveis. Para além, segundo Weigert (2015, p. 91), “os laudos seriam, pois, regimes de verdade que viriam ao processo penal a fim de resolver qualquer possível dúvida frente ao acusado, sua sanidade e a devida sanção”.

No fundo, no exame médico-legal, a justiça e a psiquiatria são ambas adulteradas. Elas não têm a ver com seu objeto próprio, não põe em prática sua regularidade própria. Não é a delinquentes ou a inocentes que o exame médico-legal se dirige, não é a doentes opostos a não-doentes. É a algo que está, a meu ver, na categoria dos “anormais”; ou, se preferirem, não é no campo da oposição, mas sim no da gradação do normal ao anormal, que se desenrola efetivamente o exame médico-legal. (FOUCAULT, 2002, p. 52)

Na contínua compreensão de tal percurso, se Albertino (personagem de uma ficção-real) é introduzido no espaço manicomial por meio do Sistema de Justiça, em um primeiro processo de subjugação pelo desvio cometido, estando incorporado a esse ambiente, Albertino também passará por uma reafirmação de tal processo ao passo que ficará à mercê dos temperamentos de médicos e outros profissionais e de todas as formas de violência que são derivadas de emoções humanas em relações de poder. Nessa perspectiva, a passagem entre esferas de dominação, estando o campo jurídico caracterizado como um, terceiriza a responsabilidade do cuidado do corpo e da mente para o campo médico para que este atue como o garante daquele que “já não pensa e nem age por si”.

Nesta relação triádica, juiz/indivíduo/médico, fica evidente como o *louco* não se faz protagonista em sua própria história, mas mero figurante em embates que o objetificam através de métodos de medicalização ou outras formas de “terapia”. Em sua essência, o manicômio espelha seu próprio exterior, a própria sociedade e os conflitos em desigualdade.

Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não o têm. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade. (BASAGLIA, 1985, p. 101)

Na ótica em destaque, a instituição manicomial permite que a análise da interação entre Direito e Medicina seja feita de maneira focal. Assim, ainda que essa troca entre campos do saber seja feita sob terrenos em conflito, é nessa dinâmica que as configurações de controle formarão e assentarão suas bases. Se por um lado o Direito se incube em delimitar a figura do inimputável (art. 26, do Código Penal) e prever o destino desses como sendo o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico através da aplicação de uma medida de segurança (arts. 96 a 99, do Código Penal), a medicina irá se apropriar dos meios e métodos de cumprimento tais medidas dentro dos muros da instituição.

Por outro lado, ainda no campo normativo, antes de uma dinâmica mais densa do movimento de reforma psiquiátrica e dos consequentes reflexos na seara legal e médica, não era incomum que se encontrasse Portarias ou Recomendações direcionadas ao tratamento ambulatorial em saúde mental, mas que apartasse a realidade dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do escopo das novas diretrizes. Um exemplo claro é a Portaria nº 224 de 1992, do Ministério da Saúde, que regularizava serviços como CAPS/NAPS, sem que os internos dos HCTPs fossem beneficiados (MATHES; SILVA, 2012, p. 534). A invisibilidade estrutural implícita em uma Portaria Ministerial como a supracitada apenas reforça uma mensagem clara: o manicômio, ainda que controlado por muitas mãos, é um lugar de esquecimento, de apagamento do sujeito.

Nas medidas de relação de poder entre um campo e outro, Carrara (1998) aponta as discrepâncias que denunciam uma falta de compasso entre a delimitação temporal mínima para o cumprimento das medidas de segurança, que não poderiam ultrapassar o

tempo de pena caso o crime tivesse sido cometido por uma pessoa sã, e o entendimento de que, para a medicina, doença e cura não se prendem a uma previsibilidade temporal. É nesse exato descompasso entre lei e saberes médicos que o manicômio acaba por se tornar um não-lugar, por vezes, quase que fora do tempo como o conhecemos, já que para muitos o cumprimento da medida de segurança imposta acaba por se tornar perpétua.

Dentro da dinâmica *jus-psi*, Ibrahim (2012), mergulhada nos estudos em Foucault, reflete sobre como o antagonismo entre normal/patológico se estabelece como uma ferramenta crucial nos “jogos de saber/poder”, decorrentes dos campos de conhecimento em questão, e que findam por produzir certos dogmas, logo, inquestionáveis, acerca de determinados indivíduos. Nesse sentido, ao fim, o que se cria são os chamados “jogos de verdade”, que escancaram o núcleo do debate travado em sede de saúde mental: através de uma verdade estabelecida por campos conflituosos e, por vezes, harmônicos, o desenvolvimento de políticas públicas na área já se iniciam limitados por fios invisíveis e que partem da estrutura desse aparato<sup>30</sup>.

A percepção sincera dos aparatos que perpassam e permeiam o Manicômio Judiciário permite atestar que para tudo aquilo que se encontra negativamente enraizado e perpetuado em uma sociedade, existe, em contrapartida, a variável central para que se faça chegar à ruína ou, ao menos, à sua reconfiguração. Assim, a crise<sup>31</sup>, em seu sentido de evento iminente social-político e meio catalizador de transformação, se impõe como fenômeno de questionamento e de renegociação de paradigmas perante as práticas manicomiais articuladas pelo Direito e pela Medicina ao longo dos anos. Assim, é através do contato com essa realidade, a do enclausuramento e sufocamento dos portadores de sofrimento psíquico, e de todas as práticas cruéis que são perpetuadas como forma de tratamento legítimo, que poderemos chegar em outras perspectivas de cuidado, deixando as portas do manicômio fechadas permanentemente, mas mantendo viva a memória desse holocausto brasileiro a fim de que aprendamos a não mais repeti-lo.

---

<sup>30</sup> Ibrahim (2012), ressalta que, dentro da dinâmica dos “jogos de verdade”, o que comumente se ouve de pessoas que trabalham no manicômio quando questionadas sobre determinada é que “sempre foi assim”. Esse é o efeito de engessamento criado dentro de narrativas que, normalmente, passam longe do debate social, preservando o *status quo*.

<sup>31</sup> Segundo Basaglia (1985, p.103), “a negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional [...]”.

[...] será preciso estirar a orelha, debruçar-se sobre esse rosnar do mundo, tratar de aperceber tantas imagens que jamais foram poesia, tantos fantasmas que jamais alcançaram as cores da vigília. Mas, sem dúvida, eis aí uma tarefa duplamente impossível, já que ela nos obrigaria a reconstituir a poeira dessas dores concretas, dessas palavras insensatas que nada amarra ao tempo [...] (FOUCAULT, 2002b, p. 145)

## **2.2 O movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica como catalisadores de mudanças**

O século XX foi palco, como restou demonstrado, de importantes mudanças no campo da saúde mental, no Brasil e em diversos países europeus. Se por um lado havia um persistente discurso de aprisionamento e institucionalização de pessoas em sofrimento psíquico e em conflito com a lei, de outro, de maneira crescente, surgiam movimentos cada vez mais fortes que remavam contra correntes segregacionistas: uma união entre correntes de contracultura e de negação aos métodos tradicionais ia estreitando um diálogo que se fazia urgente e que se debruçava sobre as mudanças que deviam ser operadas nos sistemas médico-psiquiátricos. Entre progressos e retrocessos, um importante movimento de cunho antipsiquiátrico, pelo menos aos moldes do que até então era proposto, começou a tomar forma. Segundo Oliveira (2010, p. 9), em palavras diretas, “o fundamento da ideologia antipsiquiátrica era a total extinção dos manicômios e a eliminação da própria ideia de doença mental”, numa perspectiva de desconstrução do significado opressivo que haviam transformado o termo “louco”.

Nesse diâmetro, entende-se que em contextos estruturais de repressão como a medicalização e aprisionamento da vida promovidas pelo modelo hospitalar, movimentos de contracultura são peças centrais para o confronto direto com o discurso hegemônico. Dito de outra forma, os movimentos de contracultura que normalmente nascem dentro de determinada configuração social, que são problematizáveis em vários aspectos. Dessa forma, se de um lado temos a psiquiatria, ao longo de décadas, promovendo discursos estigmatizantes e de controle sobre corpos e subjetividades com a adoção de certos “discursos terapêuticos”, vemos surgir um outro campo de pensamento: a antipsiquiatria<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Apesar do movimento em si ser verificado na década de 1940, o termo foi cunhado por David Cooper, na década seguinte.

Segundo o psicólogo João Francisco Duarte Júnior (1983), a antipsiquiatria decorreu de estudos revolucionários sobre o comportamento humano. Reiterando as ideias de Roudinesco, Duarte Júnior mostra que ela surgiu no final da década de 1940 e se desenvolveu na seguinte, inicialmente nos EUA (Gregory Bateson) e depois na Europa (David Cooper, Franco Basaglia e Ronald David Laing) (OLIVEIRA, 2011, p. 149)

Na construção elaborada por David Cooper no que toca a psiquiatria, o médico irá tratar de uma denominada “violência sutil”, mas que ainda assim se posta como violência em seu discurso mais claro. Para Cooper, seria o tipo de violência infligida aos considerados loucos pelos tidos como “sãos”, em um delineamento hierárquico plenamente conivente com o discurso médico que funda tal dinâmica. Ademais, a construção do saudável e da loucura é outra problemática tramada por Cooper que enxerga na apreensão de tais domínios, uma clara influência do discurso hegemônico que enquadra a essência humana em categorias clínicas como “psicóticos”, “neuróticos” e “normais” (COOPER, 1985, p. 28). A psiquiatria, nesse sentido, serviria como instrumento com fim em si mesmo, na medida em que se reafirmaria a partir do próprio desmanche do *outro*. A antipsiquiatria, por sua vez, fomentaria outras configurações.

Desta forma, é que a antipsiquiatria entende que a loucura é uma luta interior de todos e de cada um de nós e que toda ação contra ela deve incidir sobre todos, doentes ou não: de um lado restaurar o equilíbrio mental; de outro, manter o equilíbrio. Lugares para loucos, modelos de loucura, protegeriam o indivíduo contra seu inconsciente e o da coletividade. É como se somente no asilo o indivíduo pudesse ser livremente louco (ARRUDA, 1972, p. 58)

A antipsiquiatria enquanto construto catalizador de mudanças foi apenas a ponte necessária para a propagação de novos caminhos na prática que se traduz no repensar o modelo de psiquiatria vigente. Nise da Silveira relembra as figuras que seguiram por outros caminhos, a exemplo de Ulisses Pernambucano que ao assumir a direção de um Hospital Psiquiátrico em Pernambuco, adotou práticas contra forenses, além de fomentar a importância de fatores interpessoais e socioculturais dos distúrbios mentais na sua prevenção (SILVEIRA, 1992, p. 15). Além das referências trabalhadas por Nise, ela mesma foi símbolo em suas práticas, principalmente no tocante ao uso da arte como símbolo de liberdade e de comunicação no ato de pintar e expressar seu próprio eu.

Em seu núcleo, o movimento foi capaz de apontar as relações de poder travadas em vários campos e instâncias e a compreensão de que o indivíduo é moldado pelas relações que estabelecem com outros indivíduos e com o meio onde estão inseridos, considerando essencialmente o *singular* e sua relação com o todo (OLIVEIRA, 2011, p. 151).

Ademais, em consonância com a perspectiva antipsiquiátrica, ocorria um crescente movimento que ia sendo incorporado nos debates de diversos países, a exemplo da Itália, que ainda que figure como a pioneira<sup>33</sup> na fomentação de tal processo, certamente foi peça fundamental com os trabalhos dirigidos por Franco Basaglia, médico psiquiatra italiano e principalmente divulgador da chamada Psiquiatria Democrática, que precedeu a Reforma Basagliana.

A experiência [do movimento] inicia-se no princípio da década de 60, em Gorizia, pequena cidade do norte da Itália, fronteira com a ex- Iugoslávia. Basaglia assume a direção do hospital psiquiátrico da cidade e – a partir da influência da reforma inglesa, principalmente – inicia importantes alterações em relação ao tratamento dos pacientes. Termina com as medidas institucionais de contenção, promove confrontos e reuniões entre o corpo médico e os pacientes e devolve a estes a dignidade ao abrir espaço para que influenciem nas decisões tomadas sobre a vida institucional a que estavam submetidos (Portolese et al., 1979, p. 08 apud WEIGERT, 2015, p. 134).

É perante esse contexto médico engessado e comumente cruel que,

“a partir do estudo das obras de Foucault e Goffman, Basaglia deu-se conta de que bem mais do que realizar uma reforma na instituição ou na ciência psiquiátrica, se fazia urgente romper tal lógica (perversa). Nesse sentido, Basaglia começava a refletir cada vez sobre a organização estrutural do aparato psiquiátrico e em como o conjunto de saberes produzidos refletiam no tratamento de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos. Mais do que estruturas subjetivas, Basaglia passou a considerar que os muros físicos também padeciam de falhas severas em seu discurso retórico de segregação. Com essa conjuntura de reflexões, Basaglia ponderou que “quando entramos num manicômio temos à nossa frente a miséria” (Basaglia, 1979, p. 33 apud WEIGERT, 2015, p. 135).

---

<sup>33</sup> Segundo Zambroni -de-Souza e Athayde (2006), Louis Guillant, entre as décadas de 40 e 50, desempenhou um papel central no fomento da Reforma Psiquiátrica Francesa. O médico ajudou a disseminar a compreensão de que o cuidado humanizado é capaz de transformar todos implicados na rede de saúde mental.

Após a passagem de Basaglia por Gorizia, o crescente movimento de desempenho alinhou o médico e sua equipe ao comando do Hospital Psiquiátrico Regional de Trieste, em 1971, onde assumiram a instituição com o total de 1101 pacientes internados, tendo o número decaído para 202 pacientes ao todo ao final daquele mesmo ano. Com a queda acentuada nas desinternações, Basaglia consegue fechar, em 1972, 2 dos 19 pavilhões em Trieste (Portolese et al., 1979, p. 8 *apud* WEIGERT, 2015, p. 136).

Com a atuação incisiva voltada para a desconstrução do “cárcere manicomial”, Basaglia fez surgir um sintoma que revigorava e construía um novo degrau no movimento que havia começado: outras formas alternativas de tratamento psiquiátrico que não levavam ao processo desumanizante de segregação. Nas palavras de Weigert (2015, p. 136), “na inovadora iniciativa italiana, os CSM<sup>34</sup> não eram serviços que davam continuidade ao tratamento após a alta hospitalar ou que promoviam a reinternação quando as situações eram entendidas como sérias e sem possibilidade de tratamento extra manicômio”.

O processo de transformação operada por estes questionamentos de Basaglia permitiu uma abertura e mudança de paradigma com relação à loucura, diferente daquele administrado pela psiquiatria moderna, que tanto no manicômio quanto fora dele objetivava o sujeito e propunha uma gestão absoluta de sua vida mediante tutela. Assim, nessa nova perspectiva o louco quando desapropriado de seus direitos (inclusive o direito a um real tratamento), do convívio com sua família e do convívio com a sociedade, deveria ter na cidade o espaço real de sua reabilitação, ou ainda, de sua habilitação social. Os espaços da cidade se transformam nos melhores lugares no cuidado desses indivíduos. Desse modo, Basaglia dá início, assim, ao processo de desinstitucionalização (AMARANTE, 1996 *apud* GENTIL, 2012, p. 33-34).

Além da metamorfose que ia sendo fomentada no campo da saúde, as ações de Basaglia afetaram o campo legal com a criação e aprovação da Lei 180/1978<sup>35</sup>, que por sua vez, estreitou discussões acerca do destino do *louco infrator*. Nas palavras de Gentil (2012, p. 34), as principais mudanças incorporadas com o novo marco legal “foram a

---

<sup>34</sup> Sigla para se referir a *Centro de Saúde Mental*.

<sup>35</sup> Conhecida como *Lei Basaglia*, se tornou um marco na conquista por mais direitos no bojo das demandas da Reforma Psiquiátrica na Itália e um catalizador fundamental para a continuidade do Movimento Antimanicomial em outras partes do globo.

progressiva abolição dos hospitais psiquiátricos com um direcionamento para os serviços abertos e territoriais”. Ademais, como não poderia deixar de ocorrer, houve uma resposta da sociedade em relação a tais iniciativas desinstitucionalizadoras, sendo certo que, assim como havia ocorrido um movimento incisivo para a criação de um destino próprio para esses “outros”, agora, o movimento havia se invertido: era chegada a hora de os libertar. Weigert (Basaglia, 1979, p. 21 apud 2015, p 137), citando a fala de Basaglia, expõe que “quando começamos o nosso trabalho de mudança, na realidade nós violentamos a sociedade. Nós obrigamos a sociedade a aceitar o louco e isso criou grandes problemas que não existiam antes”. Assim como ressalta Basaglia, criar uma ponte de diálogo entre a sociedade geral e os temas que vinham sendo travados na seara médica e jurídica, ainda que tenha figurado como uma consequência reflexa das ações do psiquiatra, contribuiu para que novos questionamentos fossem viabilizados, gerando, em cadeia, novas problematizações que afetavam os pilares sobre os quais o tecido social era erguido.

Nesse cenário de desconstrução necessária o debate sobre exclusão social foi preponderante para a compreensão do papel dos Hospitais Psiquiátricos, apontando o legado que os mesmos haviam deixado e o que não mais poderia ser reproduzido fora daqueles muros. De toda forma, os problemas<sup>36</sup> do mundo “social” expostos aos “outros” que agora o ocupavam, demandariam outras tratativas de cunho econômico e político que movimentariam outros grupos sociais que preservavam o *status quo*. Ao fim, os problemas que surgiam em cada uma das esferas, seja médica ou social, refletiam meramente os discursos segregacionistas que eram reforçados nos séculos que precederam às mudanças: a pobreza e a improdutividade embebidas pela loucura deveriam sempre ser varridas para os cantos mais escuros. Nesse caminho, o movimento de reforma psiquiátrica, em suas várias facetas, seria peça fundamental na desconstrução de discursos segregacionistas e das fontes que até então os retroalimentavam.

### **2.2.1 O movimento antimanicomial e a reforma psiquiátrica no Brasil**

Com os novos horizontes abertos pela Reforma Italiana, pelos ideais de Franco Basaglia e por outras ações de mudança que sucederam a experiência italiana, o Brasil

---

<sup>36</sup> Conforme aponta Weigert (2015), a perspectiva de exclusão econômica que afeta os mais vulneráveis seria também um fator condicionante no modo de inserção dos desinternados no meio social.

também semeou sua própria estrutura de mudanças no campo da saúde mental e dos mecanismos jurídicos que aparatavam tal sistema durante a década de 90. Nesse campo, alguns grupos, dentre eles o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), criado na década de 70, foram responsáveis pelo fortalecimento dos debates desinstitucionalizadores (GENTIL, 2012, p. 47). Assim, após mais de 100 anos do surgimento do aparato manicomial judiciário no país, novas perspectivas de mudança começavam a ser desenhadas.

[...] em agosto de 1992, o Rio Grande do Sul foi pioneiro na promulgação de uma lei (9.716/92) interessada em contemplar as premissas oriundas da antipsiquiatria e o maior avanço neste sentido foi a promulgação da lei nacional da Reforma Psiquiátrica no Brasil, Lei nº 10.216, que disciplina a “proteção aos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. Mais recentemente a Resolução do Conselho Nacional de Justiça nº 113, de abril de 2010, em seus artigos 14 e 17, determina que a medida de segurança seja cumprida nos termos da Lei nº 10.216/01, e que o juiz competente, sempre que possível, deve implementar políticas antimanicomiais (WEIGERT, 2015, p. 139).

O interstício entre a Lei 9.716/92<sup>37</sup>, que ainda se restringia ao âmbito estadual, e a Lei 10.216/2001, fruto do Projeto de Lei Paulo Delgado<sup>38</sup>, foi palco para que as ideias do processo de desinternação progressiva ganhasse ainda mais apoio, principalmente no meio político. Se de um lado a lei estadual do Rio Grande do Sul, em seus 16 artigos, já fomentava a aplicação substitutiva das internações em hospitais psiquiátricos por um tratamento especializado em uma rede de atenção integral em saúde mental, a Lei 10.216/2001 conseguiu promover importantes dispositivos. Como principais reatores de futuras mudanças, previu a responsabilidade do Estado no tocante ao desenvolvimento de uma política voltada para saúde mental e a internação como última medida, além de uma série de direitos ao portador de transtorno mental.

Nesse sentido é interessante destacar que foi necessária uma luta política densa e que se prolongou por bastante tempo desde o início do projeto de lei Paulo Delgado até a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001).

---

<sup>37</sup> A Lei 9.716/92 não foi um movimento isolado. Entre a década de 90 e início dos anos 2000, leis semelhantes surgiram em outros estados com o intuito de promover o amadurecimento da Reforma Psiquiátrica operada no país. Um exemplo disso foi a Lei nº 11.064/1994 do estado de Pernambuco.

<sup>38</sup> Deputado Federal pelo estado de Minas Gerais entre as décadas de 80 e 90, figurou como um dos principais atores nos debates que precederam a Lei 10.216/2001.

Muitos pareceres foram apresentados no sentido contrário à lei, principalmente contra o referencial teórico adotado como paradigma da reestruturação do sistema de saúde mental brasileiro, que reduziriam as doenças mentais a simples consequências da chamada repressão político-social dominante (GENTIL, 2012, p. 48)

Apesar das mudanças promovidas pelos marcos legais apontados, mesmo após duas décadas de intensos debates e de articulações permitidas pela legislação, o escopo alcançado por esse movimento antipsiquiátrico em “nada disso alcança os homens e mulheres portadores de sofrimento mental que tenham praticado um ilícito penal” (Weigert, 2015, p. 139). Esse abismo, onde um processo de construção tão forte e conquistado a duros passos simplesmente não consegue penetrar, é ao mesmo tempo fruto de uma reprodução da criminalização que remonta aos tempos Franz Gall e de Cesare Lombroso e de toda articulação cruel em torno da criminalização e do consequente estigma da loucura, mas é, também, fruto da soma de valores pré-concebidos que açoitam o imaginário social e que refletem a criação do diferente como um monstro inadaptável às regras e condutas adotadas como normais.

Em sua obra *Os anormais*, ao divagar sobre a reação que um indivíduo ao mesmo tempo louco e criminoso produz onde se encontra inserido, Foucault flerta com o chamado princípio da porta giratória que possui uma premissa simples: entre a loucura e o crime, a primeira deve se sobressair ao segundo (FOUCAULT, 2002a). Nesse sentido, a figura da porta giratória seria quase que uma espécie de expiação de um dos lados obscuros que compunham um indivíduo e que manchava o meio que ousava respirar. Assim, boa parte do raciocínio para que se chegue a essa conclusão é calcado no discurso médico de que a aparato judicial não pode e não deve se ocupar de cuidar da enfermidade do corpo. Esse discurso, inclusive, como visto na primeira parte deste capítulo, foi o que guiou boa parte dos embates sobre qual seria o destino para essa figura dúbia que transitava entre a doença e a barbárie humana.

Diferentemente do descrito por Foucault (2002b) na metáfora da porta giratória, em que a loucura apaga o crime, o que parece ocorrer é que o fato de ter praticado um delito sobressai em relação a qualquer outra questão do sujeito. O cometimento do crime passa a ser a questão que efetivamente pesa em relação ao paciente do manicômio judiciário, não interessando se trata-se de alguém com maior ou menor racionalidade. E este parece ser importante obstáculo no que tange à efetivação da reforma psiquiátrica no campo das medidas de segurança [...] (WEIGERT, 2015, p. 139)

Com o percurso traçado até aqui, pretendo demonstrar, no próximo capítulo, qual a conjuntura da realidade brasileira entre a última década e o momento atual no que toca ao sistema de saúde e judiciário. Além de me debruçar sobre como ambos se encontram organizados e interligados em relação à forma de aplicação das medidas de segurança de internação, buscarei transpor os muros dos manicômios judiciários para recobrar o legado sinuoso que a Reforma Psiquiátrica, o Movimento Antimanicomial e os discursos segregacionistas deixaram marcados numa realidade que ainda urge por novos ventos de mudança.

### **2.3 Caso Damião Ximenes Lopes: um marco no campo dos direitos humanos em saúde mental**

Damião Ximenes Lopes, nascido em 25 de junho de 1969, natural do Estado do Ceará e pessoa com deficiência mental, foi internado aos 30 anos de idade na Casa de Repouso Guararapes, em outubro de 1999, através de sua passagem pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para que recebesse o adequado tratamento. Durante a internação, Ximenes Lopes não apresentava qualquer sinal de alterações em seu comportamento, porém, após dois dias no local, o quadro se alterou e Damião passou a apresentar um comportamento violento com os funcionários e outros pacientes, tendo sido contido no momento. Após uma visita de sua mãe no dia seguinte ao episódio, que o encontrou com claros sinais de maus tratos, Ximenes Lopes veio a falecer ainda no dia da visita, sem qualquer assistência médica (PAIVA, 2017, p. 366).

Dentre as narrativas traçadas pelas testemunhas apresentadas pelos representantes da família, há relatos sobre as más condições de higiene nas quais os pacientes eram submetidos, além de não haver sequer um responsável médico ou administrativo uma das visitas realizadas, conforme aponta João Alfredo Teles Melo, que o ocupava o cargo de deputado da Assembleia Legislativa do estado do Ceará à época dos fatos. Além disso, sinaliza para a demora no aditamento da denúncia por parte do Ministério Público, que levou três anos, injustificadamente. Ademais, em que pese tenha recebido relatórios acerca das apurações realizadas pelo Conselho Regional de Medicina, nunca obteve

resposta quanto à investigação disciplinar da conduta de um delegado de polícia que teria destruído provas envolvendo a morte de Damião<sup>39</sup>.

Lídia Dias Costa, médica psiquiatra e testemunha do caso, realizou o acompanhamento do caso de Damião Ximenes Lopes a partir de 1999. Em uma das exumações, percebeu que o cérebro do cadáver tinha sido aberto, sendo este um procedimento comum em toda necropsia, porém a descrição do cérebro não constava na primeira necropsia realizada em 1999. Caso tal descrição tivesse sido feita, um diagnóstico poderia ter sido traçado com base na evolução clínica de morte violenta causada por traumatismo cranioencefálico. O médico responsável por atestar o óbito de Damião Ximenes Lopes não identificou lesões no corpo<sup>40</sup>.

Em uma visita à Casa de Repouso Guararapes, Lídia atestou que a mesma não tinha condições de funcionar e que a contenção de pacientes realizadas no local não poderia ser considerada um procedimento médico, já que os próprios pacientes eram convidados para fazer contenção em outros pacientes quando estes se agitavam. A contenção era feita de uma forma violenta, mesmo havendo técnicas que não resultassem em violência física tão extremada<sup>41</sup>.

Ao fim, concluiu-se que Damião Ximenes Lopes teve uma morte violenta, sendo esta consequência de fatores externos, pelo padrão de lesões traumáticas que o corpo apresentou. Segundo o Protocolo de Istambul, as lesões encontradas no corpo de Damião são típicas de traumas, comumente encontradas em corpos de pessoas que foram torturadas. Posteriormente à realização da necropsia pelo Instituto Médico Legal, ficou constatado que as lesões no corpo de Damião foram causadas por objetos contundentes<sup>42</sup>.

Após as diversas tentativas de a família obter respostas na jurisdição brasileira, o Estado se mostrou inerte no prosseguimento das investigações que não resultaram em uma resposta clara sobre a causa da morte de Damião. Em virtude do quadro de negligência instaurado, o caso ganhou notoriedade e passou a tramitar perante o Sistema Interamericano de Direitos Humanos, tendo sido submetido pela Comissão

---

<sup>39</sup> Cf. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Cap. V, p. 15.

<sup>40</sup> Cf. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Cap. V, p. 17.

<sup>41</sup> *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Cap. V, p. 17.

<sup>42</sup> Cf. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Cap. V, p. 18.

Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) à Corte Interamericana de Direitos Humanos (Corte IDH) em 2004 (LIMA; TEIXEIRA, 2018, p. 130).

Em 2006, a sentença de mérito sobre o caso de Damião Ximenes Lopes foi proferida e ganhou um peso emblemático por ter resultado na primeira condenação do Brasil perante Corte Interamericana de Direitos Humanos, tendo uma importância redobrada por ter sido proferida dentro da seara da mental (LIMA; TEIXEIRA, 2018, p. 125). Em última instância, a sentença e as medidas que nela constavam serviram como reforço à então recente Lei nº 10.216/2001<sup>43</sup> (Lei da Reforma Psiquiátrica).

Dentre os principais marcos da sentença proferida, a **responsabilização internacional do Estado pelos atos cometidos por agentes particulares**. A sentença ressalta que o Estado deve regular e fiscalizar todas as práticas de assistência em saúde que ocorrem sob sua autorização. Dessa forma, ainda que os atos sejam executados por particulares, o Estado é agente que deve velar pela proteção dos Direitos Humanos em todas as esferas<sup>44</sup>, incluindo as de natureza interindividuais (PAIVA, 2017, p. 367).

Por outro lado, **garantia da não-repetição de violações dos direitos humanos** (Sentença de mérito, § 37) também serviu para reforçar o compromisso que o Brasil deveria assumir para evitar novas barbáries, como as do Hospital Colônia, por exemplo.

37. A garantia da não-repetição de violações dos direitos humanos, determinada pela presente Sentença da Corte Interamericana no caso Ximenes Lopes [...], passa necessariamente pela educação e capacitação em direitos humanos. Em minha referida intervenção de 1998 no Congresso Nacional em Brasília, acrescentei que a "nova mentalidade" que propugnava "haverá de manifestar-se, com maior vigor," - enfatizei, - "no seio de uma sociedade mais integrada e imbuída de um forte sentimento de solidariedade humana, sem a qual pouco logra avançar o Direito". Daí a relevância da educação, formal e não-formal, em direitos humanos; neste propósito, tornam-se essenciais a difusão e o melhor conhecimento da jurisprudência protetora dos direitos da pessoa humana da Corte Interamericana, cuja aplicabilidade direta se impõe no direito interno dos Estados Partes.

---

<sup>43</sup> Conforme Unidade de Fiscalização e Monitoramento das deliberações da Corte Interamericana de Direitos Humanos (CNJ, 2021), é importante ressaltar que a Lei nº 10.216/2001 foi sancionada no bojo da tramitação do Caso Ximenes vs. Brasil perante a Corte IDH, o que significou um importante catalizador para que a Lei pudesse ter a visibilidade necessária à época.

<sup>44</sup> Cf. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, par. 86.

No âmbito do reconhecimento de pontos positivos, a Sentença do caso apontou que o Estado brasileiro, em âmbito regional, concedeu ao Centro de Atenção Psicossocial de Sobral (CAPS) o nome de “Centro de Atenção Psicossocial Damião Ximenes Lopes”, além de ter conferido à Terceira Conferência de Saúde Mental o nome do senhor Damião Ximenes Lopes, visando a preservação da memória do Sr. Ximenes Lopes e conscientização à não-repetição do que ocorreu (Sentença de Mérito, §242). Além disso, o Município de Sobral constituiu “uma comissão para investigar a responsabilidade da Casa de Repouso Guararapes”, local onde o Sr. Damião Ximenes Lopes morreu (Sentença de Mérito, §243).

No âmbito nacional, a Sentença ressaltou diversos avanços na área de saúde mental (Sentença de Mérito, §243):

243. O Estado também adotou várias medidas no âmbito nacional, entre as quais estão a aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, conhecida como “Lei de Reforma Psiquiátrica”; a realização do seminário sobre “Direito à Saúde Mental – Regulamentação e aplicação da Lei nº 10.216”, em 23 de novembro de 2001; a realização da Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2001; a criação a partir de 2002 do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares Psiquiátricos; a implementação em 2004 do Programa de Reestruturação Hospitalar do Sistema Único de Saúde; a implementação do “Programa de Volta para Casa”; e a consolidação em 2004 do Fórum de Coordenadores de Saúde Mental.

Em outra perspectiva, entre 2008 e 2017, o Estado brasileiro prestou informações acerca do devido cumprimento da Sentença do Caso Ximenes Lopes vs. Brasil, na qual ressaltou mudanças profundas no modelo de saúde mental aplicado em solo nacional, com o progressivo avanço da desinstitucionalização de internados, além do fechamento de diversos hospitais psiquiátricos. Na contramão de tais declarações, a Supervisão de Cumprimento de Sentença, emitida através de Resolução da Corte IDH em 28 de janeiro de 2021, ressalta a falha no cumprimento da medida de reparação fixada no sentido de que o Estado preste a realização de cursos de capacitação em direitos humanos para o trato de pessoas em sofrimento psíquico, principalmente aos agentes do meio médico e psicólogos<sup>45</sup>. Nesse sentido, os representantes da Corte destacaram um “processo de franco retrocesso em relação às políticas de reforma psiquiátrica”, o que inclui o uso de

---

<sup>45</sup> Cf. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Pontos Resolutivos, 262.8, p. 84.

exacerbada violência física e o uso de eletroconvulsoterapia, além de tantas outras formas cruéis de “tratamento” (CNJ, 2021, p. 12).

Esse desenho de retrocesso e que é esboçado na análise realizada pela Corte IDH, infere o descumprimento não só da sentença proferida em relação ao caso, mas de outros importantes marcos internacionais, como a Declaração de Caracas, aprovada em 1990 e assinada pelo Brasil<sup>46</sup>, e que serve como marco para as mudanças em saúde mental nas Américas, ressaltando em seu núcleo a promoção de meios alternativos na assistência psiquiátrica e não apenas a ineficácia do modelo manicomial em curso, como sua incompatibilidade com os direitos humanos (OPAS, 1990).

Nesse sentido, é necessário ressaltar, por fim, o relato de Milton Freire Pereira, que também figurou como testemunha no caso de Damião Ximenes Lopes. Durante dez anos, foi paciente de instituições psiquiátricas e sentiu em seu âmago a crueldade medicalizada em tais instituições. Naqueles anos, lembra dos ‘tratamentos’ com eletrochoque e afirma que sem dúvida sua reabilitação só pode ocorrer fora dos hospitais, longe de um ciclo de tortura. Com a morte de Damião Ximenes Lopes, Milton, hoje diretor do Instituto Franco Basaglia, relata que o ocorrido é resultado de um modelo hospitalocêntrico que enxerga as pessoas portadoras de doenças mentais como incuráveis. O resultado desse modelo perverso se traduz na segregação e violência perpetradas contra essas pessoas. Porém, na visão de Milton, o “Movimento Antimanicomial” em curso no país, reforça a aplicação de modelos alternativos aos centrados nos hospitais psiquiátricos, que já vêm sendo implementados, com uma maior participação de profissionais multidisciplinares (psicólogos, assistentes sociais etc.)<sup>47</sup>.

#### **2.4 O papel da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em contraponto à prática manicomial judiciária**

O histórico de lutas por mudanças no campo dos direitos de pessoas em sofrimento psíquico parte não só do Brasil, como de muitos países desenvolvidos, que conquistaram profundas mudanças em termos de política e legislação na área de saúde mental. Ademais,

---

<sup>46</sup> Cf. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, 2005, p. 8.

<sup>47</sup> *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, Cap. V, p. 9

para além dos avanços obtidos, há que se ressaltar, nas palavras de Duarte, que a mera existência de uma legislação garantista em termos de direitos não pressupõe uma aplicação eficaz no plano da realidade fática (DUARTE, 2016, p. 52). É nessa lacuna, entre o escrito e a prática, que a realidade se desenrola.

Partindo dessa premissa e adentrando em uma seara analítica, o processo de avanço e fortalecimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que possui como marcos principais o sancionamento da Lei nº 10.216 em 2001 e, em âmbito internacional, a Declaração de Caracas de 1990, encontra como sua força motriz o Sistema Único de Saúde (SUS), aparato nacional e gratuito, regulado pela Lei nº 8.080/90, e que se reveste de inegável reconhecimento no cenário internacional no campo de saúde pública.

Dentre inúmeras diretrizes e divisões (com foco desde a saúde infantil à atenção ao idoso) que acabam por se interligarem em um sistema uno, o SUS, através da Política Nacional de Saúde Mental de âmbito federal e responsável por organizar a assistência em saúde mental, passou a implementar a Rede de Atenção Psicossocial em 2011, através da Portaria nº 3.088<sup>48</sup>.

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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).

Dessa forma, o circuito formado a partir da articulação Rede de Atenção Psicossocial permitiu que a saúde mental fosse assentada no SUS de forma mais abrangente, introjetando o sistema, até mesmo, em municípios menores ao redor do país. Essa capilaridade acena para uma perspectiva de alternativa em face dos leitos em hospitais psiquiátricos/manicômios, estando articulada com os princípios traduzidos na Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>48</sup> A Portaria nº 3.088/11 é responsável por instituir 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), sendo composta Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos; os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento, e os leitos de atenção integral.

Nesse sentido, a RAPS encontra-se presente em vários níveis, incluindo na Atenção Básica do SUS (também denominada de Atenção Primária), onde estão localizadas as chamadas “portas de entrada” para os serviços disponibilizados, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS). A nível especializado, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) assume um campo de referência em modalidades de tratamento intensivo e comunitário de pessoas em sofrimento psíquico, logo, possuem uma configuração voltada para um acompanhamento a longo prazo (BRASIL, 2004, p. 13).

Em uma perspectiva de desinstitucionalização estratégica, outro sistema que compõe a RAPS são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), pensado ainda na década de 90 sob a ótica de um problema que pairava: “o que fazer com as pessoas que haviam sido desinternadas do hospital e que contavam os laços familiares rompidos, por quaisquer motivos?”. Assim, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 1992, ressaltou a importância da construção de “lares para abrigo”. Hoje, tais residências acolhem tanto “portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, como Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial” (BRASIL, 2004b, p. 6-8). Através dessa perspectiva de acolhimento, que bebe do modelo de proteção e assistência de direitos de pessoas em sofrimento psíquico estabelecido pela Lei nº 10.216/01, o modelo brasileiro de Residência Terapêutica, que possui mais de 250 unidades atualmente, conta com espaços de moradia em solo urbano para pequenos grupos de pessoas e com suporte profissional, buscando uma maior integração dos residentes com o meio social (BRASIL, 2004b, p. 6). Ademais, essa modelagem tende a se afastar da experiência inglesa, das chamadas *residenze sanitari e mentali*, que apesar de servir como meio alternativo de assistência, acaba por exercer um poder coercitivo pela constante presença de guardas vigilantes (WEIGERT, 2015, p. 158-159).

Ainda em uma dimensão de desinstitucionalização, o Programa de volta para casa (PVC), instituído pela Lei Federal nº 10.708/03, que também compõe a RAPS e possui grande amparo na Lei de Reforma Psiquiátrica, serve como pilar na busca por uma autonomia social de pessoas egressas de unidades hospitalares psiquiátricas em hospitais componentes do SIH-SUS que tiveram internação igual ou superior a dois anos e, também, das inseridas em Residência Terapêuticas por igual período por decisão judicial. Nessa medida, o programa possui como condutor central a concessão de um auxílio-reabilitação psicossocial, atualmente no valor de R\$500,00, e que é pago diretamente ao

beneficiário (BRASIL, 2004c, p. 6-8). Na contramão do idealizado, a realidade que se projeta é a de que os beneficiários são vistos como “não confiáveis” no tocante ao gerenciamento dos valores recebidos e, portanto, acabam sendo tutelados pelos familiares ou pelo próprio serviço de saúde nos gastos realizados, inviabilizando ou desviando a finalidade do projeto em si: uma maior emancipação das pessoas em sofrimento psíquico (LIMA; BRASIL, 2014, p. 70).

Embora a desinstitucionalização não esteja afirmada enquanto objetivo na lei que institui o PVC, é necessário ressaltar que um programa que objetiva contribuir “efetivamente” para o processo de inserção social de egressos de longa internação psiquiátrica não pode se limitar ao repasse de recurso financeiro. Essa transferência precisa ser o início de uma estratégia a ser construída por gestores, profissionais e beneficiários, e não um fim em si mesma (LIMA; BRASIL, 2014, p. 82)

Apesar dos avanços, e de todos os projetos e programas que fortalecem o processo de desconstrução do modelo hospitalocêntrico, outras fragilidades se revelam e refletem as falhas que assolam o Sistema Único de Saúde como um todo: a falta de infraestrutura em determinadas unidades, a precariedade de condições de trabalho as quais as equipes de profissionais são submetidas, falta de articulação da própria política de saúde mental e tantos outros abismos que são escancarados em qualquer análise supérflua (LIMA; GUIMARÃES, 2019, p.3).

Destarte, os caminhos parecem bifurcar em outras pavimentações que remetem, por sua vez, a outras reivindicações e outras lutas: se por um lado se faz necessário o protesto contra as formas de desmonte da saúde pública que se colocam de forma alarmante ao longo de décadas de descasos e omissões, há se trazer à memória a exclusão que os indivíduos submetidos a medidas de segurança sofrem ao serem colocados a margem de projetos mais humanizados de tratamento e acompanhamento, como o RAPS e os meios de alternativos de acolhimento.

No caso dos manicômios judiciários, espaço no qual se insere a pesquisa, lutar por uma sociedade livre de exclusão significa invocar o princípio da igualdade para que todas as pessoas com transtornos mentais tenham o direito de igual acesso ao tratamento em saúde mental: tanto as que nunca entraram em conflito com a lei quanto aquelas que foram capturadas pelo sistema punitivo. Por isso, se reivindica que a produção de efeitos da Lei n. 10.216/01 chegue ao campo

penal e provoque a conseqüente (e necessária) ressignificação da execução da medida de segurança. (BOITEUX; MAGNO, 2018, p. 577)

Quando a atenção é voltada, quase em sua integralidade, para os indivíduos que não se encontram sob o cumprimento de medida de segurança, o que se tem é uma não-política através de um contínuo (e já debatido) processo de apagamento de um grupo já invisível. Diante desse cenário, e de certos retrocessos que já se encontram em curso, como o debate sobre a retomada do uso de eletrochoque como terapia<sup>49</sup>, mostra-se imprescindível repensar novas possibilidades de humanização e desconstrução de um sistema fantasma e arcaico que insiste em assombrar.

## **2.5 PAILI e PAI-PJ: as experiências decorrentes do Movimento Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica brasileira**

Na pavimentação das mudanças que foram trazidas à luz pelo marco da Lei nº 10.216/01 e pela mobilização e conquistas do Movimento Antimanicomial, outras experiências foram desenhadas no interior do próprio sistema de justiça e que deram vida a dois projetos pioneiros na forma de remodelar o formato de atenção ao chamado *louco infrator*: o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO), criado em 2006 em Goiás e o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator (PAI-PJ), criado em 2001 em Minas Gerais.

Em contraponto à política adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) à nível nacional, que acabava por operar sob uma ótica de exclusão no concernente às pessoas em cumprimento de medida de segurança, os programas PAILI-GO e PAI-PJ acabaram sendo pensados e concebidos na exata contramão: repensar as práticas manicomiais e reinventar os meios de atenção em saúde com enfoque nas pessoas em sofrimento psíquico e em conflito com a lei.

---

<sup>49</sup> A nota técnica nº 11/2019, publicada pelo Ministério da Saúde, ressalta uma série de pontos voltados à Política Nacional de Saúde Mental, e marcam diversos retrocessos na área. Em uma das passagens, o texto narra: “Quando se trata de oferta de tratamento efetivo aos pacientes com transtornos mentais, há que se buscar oferecer no SUS a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população. Como exemplo, há a Eletroconvulsoterapia (ECT) [...]”. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>.

A experiência mineira obtida pelo PAI-PJ, até em então o primeiro programa com tal escopo desenvolvido no país, composto psicólogos, assistentes sociais judiciais, assistentes jurídicos e outros profissionais multidisciplinares, em suma, visou uma maior integração do paciente, que respondia a um processo criminal, com as medidas de cuidado no interior do próprio SUS. Dessa forma, a equipe, ao obter autorização do juiz para acompanhar os casos em toda sua integralidade, direcionavam os indivíduos não para os manicômios, tendo em vista que nem todos possuíam um laudo de insanidade mental concluído, mas para a rede de saúde pública, visando a construção de um projeto de acompanhamento específico para cada caso (WEIGERT, 2015, p. 161-162). A integração multidisciplinar, como a inserida no âmago da experiência mineira, em suas várias facetas, desvela a noção de periculosidade que é imputada ao paciente judiciário e faz revelar um sujeito de direitos que sempre foi encoberto pelo estigma (BARROS-BRISSET, 2010, p. 123).

Nesse percurso, em seu pleno funcionamento, os pacientes eram inseridos em um ciclo de acompanhamentos. O acompanhamento clínico, dirigido pelos psicólogos, serviam como o braço de direcionamento para os serviços em saúde, servindo como uma ponte de diálogo. O acompanhamento social, por sua vez, buscava a integração com os familiares e amigos dos pacientes, numa perspectiva de manutenção dos laços e de conhecimento da realidade em que cada indivíduo se inseria. Por fim, o acompanhamento jurídico traçava os relatórios para o acompanhamento dos casos e que eram encaminhados ao juiz, permitindo uma visão macro do que funcionava ou não na realidade concreta<sup>50</sup>. É nessa exata medida, do indivíduo como protagonista em uma rede de apoio pensada não por si, mas para cuidar do outro, que Barros-Brisset aponta para o verdadeiro objetivo e resultado do programa:

A periculosidade foi perdendo sua cor, apagando-se sem nos assustar, à medida que foi ganhando cor uma responsabilidade inédita, diferente, impensável. Em cada um daqueles casos, foi aparecendo aos poucos, com a extensão do tempo de convivência entre nós, um sujeito novo, vivo, capaz de, ao seu modo e na sua medida, surpreender com suas respostas de sociabilidade. (BARROS-BRISSET, 2010, p. 120)

---

<sup>50</sup> Cf. Cartilha PAI-PJ – A cidadania do louco infrator é responsabilidade de toda a sociedade. Disponível em: [https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2017/07/Cartilha\\_Paipj\\_MG.pdf](https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2017/07/Cartilha_Paipj_MG.pdf).

No outro lado de uma mesma moeda, em Goiás, o PAILI galgou passos igualmente exitosos no remodelamento de atenção em saúde mental dos portadores de transtornos mentais em conflito com lei. O programa possuiu ampla mobilização para a tomada de forma, tendo sido construído por meio de um convênio celebrado entre o Estado de Goiás, o município de Goiânia, o Tribunal de Justiça do Estado de Goiás e o Ministério Público do Estado de Goiás e instituído pela Portaria Conjunta nº 25/2001. Assim, com uma profunda inspiração na experiência mineira, o programa se baseou na mesma dinâmica estabelecida previamente, com uma equipe multidisciplinar como suporte de acompanhamento para os indivíduos que estivessem respondendo a um processo penal, com o intuito de superar o destino final – manicômio - daqueles que se sujeitariam às medidas de segurança (SILVA, 2010, p. 668-669).

O papel simbólico desempenhado pelo PAILI se traduz na conquista marcada pelo estado de Goiás no fechamento de todos os manicômios que ainda mantinham as portas abertas. O programa ajudou a fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na realidade goiana, impedindo que a prática hospitalar se mantivesse em funcionamento (CAETANO, 2018, p. 171). Por outro lado, importante a demarcação da autonomia que perpassa o programa. Ao mirarmos a própria estrutura do PAI-PJ, a inserção do programa no Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais sem dúvida marcou certas limitações no desenvolvimento de suas práticas<sup>51</sup>. No que toca ao PAILI, segundo Silva (2010, p. 671), o mesmo possui “autonomia em relação à Justiça na determinação da direção do tratamento da pessoa em medida de segurança, algo que favorece que o assunto se torne cada vez mais questão de saúde e não necessariamente de segurança”. Essa diferença em termos de estrutura foi, sem dúvida, o ponto de inflexão necessário para que ambos os programas, ainda que com ótimos resultados, tenham alcançado marcos simbólicos distintos.

Ao conceber o PAILI em 2006, o Estado de Goiás, com o suporte de todas as instituições envolvidas, tomou uma decisão política corajosa e de elevado caráter ético, ao passar a não utilizar, em absoluto, a internação manicomial em medida de segurança, o que, insista-se, só veio a acontecer

---

<sup>51</sup> Caetano sinaliza para a distinção entre o PAILI e a prática do PAI-PJ e os marcos alcançados. Enquanto a primeira experiência visava abraçar todas os pacientes em medidas de segurança, encerrando a prática manicomial, o programa pioneiro possuía lacunas em seu alcance, mantendo três manicômios em funcionamento no estado de Minas Gerais (DINIZ, 2013, p. 21 *apud* CAETANO, 2018, p.171).

no país que foi o berço da Luta Antimanicomial muitos anos depois, em 2015 (CAETANO, 2018, p. 173).

A continuidade de ambos os programas até o presente momento atesta um movimento que se insurge ante os retrocessos que, aos poucos, se abram por uma contracorrente que necessita cada vez mais se provar como meio humano de cuidado para com a pessoa portadora de sofrimento psíquico e em conflito com a lei. Para além de um posicionamento contra majoritário, os marcos simbólicos<sup>52</sup>, dos quais o PAILI e o PAI-PJ são frutos, representam as importantes “fissuras” trabalhadas por John Holloway (2013), pois se postam como resultados de uma luta que, longe de ruir um poderoso sistema, é capaz de arranhar a superfície e mostrar as luzes de novos caminhos e diálogos<sup>53</sup>.

## **2.6 Rio de Janeiro: uma proposta de análise do saldo antimanicomial**

A perspectiva de avanço na conquista pela efetivação de direitos, com as experiências advindas do PAILI e do PAI-PJ, produz diversas perguntas sobre como tal processo se deu ou não em outros cenários nacionais. Em casos paradigmáticos, como as citadas anteriormente, há uma expectativa natural de reflexos positivos em toda a estrutura de execução das medidas de segurança e, conseqüentemente, a atenção se volta para a figura do Manicômio Judiciário: afinal de contas, a realidade goiana deixou de comportar a figura do manicômio, abrindo precedentes para que tal resultado fosse alcançado em outros estados.

---

<sup>52</sup> Para além da importância do PAILI-GO e do PAI-PJ, outros movimentos foram sendo traçados em outros estados. No Piauí, em 2016, temos o surgimento do Programa de Cuidado Integral do Paciente Judiciário (PCIPP), visando remodelar as práticas desumanas que vinham sendo constatadas em hospitais como o Valter Alencar (HPVA) e Areolino de Abreu. Assim, buscando efetivar os ditames do Provimento nº 09/2016, influenciado pela Lei nº 10.216/01, que finda por regular a execução, avaliação e o acompanhamento das medidas terapêuticas cautelares, provisórias ou definitivas deferidas no bojo do processo penal enfrentado pelo indivíduo em sofrimento psíquico. Com a implementação do PCIPP, a RAPS acaba por ser fortalecida e o ‘Programa De volta Para Casa’, por exemplo, é ampliado, passando a atender os pacientes egressos de longas internações psiquiátricas. Cf. Cartilha PCIPP – Programa de Cuidado Integral do Paciente Psiquiátrico. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/8gp3.pdf>. Acesso em 15 de jul de 2022.

<sup>53</sup> Magno (2021), ao resignificar os ensinamentos de Holloway, defende que as “fissuras” produzidas pelos movimentos de resistência diante das práticas convencionais se traduzem em aberturas capazes de movimentar as discussões entorno da desinternação de pacientes dos manicômios judiciais e permitem possibilidades ainda mais concretas na quebra de pactos excludentes.

Para além da uma visão otimista, devemos partir de algumas concessões e reflexões: seria possível, com todas as diversas dinâmicas e fatores sociais, políticos e econômicos, que os resultados obtidos em Goiás e em Minas Gerais fossem reproduzidos em menor ou igual escala em outros Estados?

De antemão, é necessário apontar que a presente pesquisa não possui pretensão de trazer um panorama geral de como cada estado se comportou frente aos reflexos trazidos com as experiências apontadas. A proposta e condução que será apresentada no próximo capítulo será mirar o olhar para o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho, no bairro Estácio, Rio de Janeiro, com o objetivo de buscar compreender como os mecanismos de ruptura com o sistema vigente operaram até o ápice de seu fechamento no contexto do cenário fluminense.

Além disso, para uma melhor compreensão do que os dados numéricos expõem, será feita uma análise de quais outros mecanismos propiciaram novas rupturas com o modelo psiquiátrico normativo e suas imbricações em novas formas de pensar a saúde mental a partir da relação entre pessoas em sofrimento psíquico e o sistema de justiça criminal.

### 3) HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO: UMA ANÁLISE ACERCA DO MOVIMENTO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA

*“A psiquiatria para mim é um estudo profundo do ser. Nunca concordei com o conceito de doença mental denunciado como crônica. Eu os vejo capazes de finuras e nem todos nós somos capazes de finura.” – Nise da Silveira*

#### 3.1 HTCP Heitor Carrilho: Contexto histórico e atual

A herança ingrata, produzida no fim do século XIX com a construção do Hospital Nacional de Alienados na cidade do Rio de Janeiro, promoveu uma linha de continuidade na perpetuação do levante dos grandes aparelhos de aprisionamento dos ditos “*loucos infratores*”. Ademais, com o nascimento do Código Penal de 1940 inserindo a noção de periculosidade e medida de segurança no escopo do cenário jurídico brasileiro, novos debates sobre segregação começaram a surgir, dando forma ao Manicômio Judiciário, nomenclatura que só foi alterada em 1984, com a reforma do referido diploma legal, introduzindo a nomenclatura Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (PACHECO, 2011, p. 26-27).

No Brasil, em termos de Manicômios Judiciários, o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho<sup>54</sup>, localizado no bairro Estácio de Sá, Rio de Janeiro, foi o primeiro a ser inaugurado no país, ainda em 1921, na cidade do Rio de Janeiro. Assim, diferentemente dos “loucos de todos os gêneros” que eram segregados no Hospital Nacional de Alienados, o Manicômio Judiciário Brasileiro, como era denominado primariamente, se fundava como um presídio-hospital, apartando do seio social a figura do *louco criminoso* (PINTO; NASCIMENTO, 2012, p. 22).

Ademais, é interessante notar que o Manicômio surge como uma medida ainda mais ampliada do que a veiculada pelo Decreto nº 1132, de 22 de dezembro de 1903, que assinalava a inviabilidade dos “alienados” permanecerem em cadeias ou prisões,

---

<sup>54</sup> Heitor Carrilho (1890-1954) foi um psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Durante sua atuação profissional, perpassou desde a chefia da Seção Lombroso até a criação do Manicômio que levou seu próprio nome. Carrilho participou de importantes grupos, como, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Ademais, figura como médico pioneiro no tratamento continuado dos ditos “loucos delinquentes”. (SANTOS, 2016, p. 117-118)

acarretando a criação da Seção Lombroso, no interior do Hospício Nacional. Com o avançar dos discursos médico-criminológicos, seria necessário um espaço específico para *tratar* dos que eram acometidos pela *loucura criminosa*.

De forma oficial, a instituição foi criada em 25 de maio de 1921 através do Decreto nº 14.831, sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde Pública. Em 1955, a instituição recebe oficialmente o nome de Manicômio Judiciário Heitor Carrilho e, posteriormente, em 1984, Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho<sup>55</sup>.



Instituto de Perícias Heitor Carrilho, antigo Manicômio Judiciário (Estácio - Rio de Janeiro). Fonte: Jornal Extra<sup>56</sup>.

A continuidade do percurso histórico da instituição nos leva à década de 1960, momento em que o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho se viu diante de diversas mudanças por conta da fusão entre o Rio de Janeiro e o estado da Guanabara e da proibição em se repetir nomes de repartições públicas. Com isso, uma reestruturação precisou ser realizada, dando origem a um novo “braço” e uma nova

---

<sup>55</sup> Disponível em <<http://historiaeloucura.gov.br/index.php/fundo-hospital-de-custodia-e-tratamento-psi-quiatrico-heitor-carrilho>>. Acesso em: 26/04/2022.

<sup>56</sup> Disponível em <<https://extra.globo.com/casos-de-policia/presidiarios-tem-novo-instituto-de-pericias-disposicao-10298804.html>>. Acesso em: 25/04/2022.

nomeação ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, com o surgimento do HCTP Henrique Roxo<sup>57</sup>, situado em Niterói, no Rio de Janeiro (SANTOS; PINTO, 2021, p. 741).

Para além do discurso de tratamento e do campo físico para aplicação das medidas de segurança, o HCTP Heitor Carrilho foi pensado como um modelo de referência, principalmente no tocante aos estudos psiquiátricos e na produção do “verdadeiro” saber científico da psiquiatria forense (CARRARA, 1998 *apud* SANTOS; FARIAS, 2014, p. 519). Esse ideal, coincidentemente, não se distancia da perspectiva de Lombroso em fazer do seu campo laboral um laboratório orgânico. Desta maneira, soa quase como um padrão histórico que os grandes Manicômios e Prisões se revelem, em última instância, em uma grande lente macroscópica de observação do *louco* como objeto a ser apreendido em todas as suas nuances subjetivas acentuadas pelo isolamento. Assim, seria a partir desses mesmos lugares que a disseminação de discursos segregacionistas poderiam ganhar legitimidade e alcance para novos espelhamentos institucionais.

Carrara (1998), ao mergulhar na instituição, ainda na década de 1980, para compreender como seus mecanismos operavam, sinalizou de forma clara o que o Manicômio de fato representava em seu viés dúbio e altamente complexo em termos de relações. Apesar do caráter “terapêutico” que fincava o discurso panfletário da comunidade psiquiátrica, a prática diária denunciava a prisão por trás do hospital. A um só tempo, o HCTP Heitor Carrilho em todas as suas contradições quase que paradoxais, transmutava-se em prisão/asilo e penitenciária/hospital.

A partir de 2010 a instituição começa a trilhar novos caminhos, principalmente devido aos efeitos trazidos pela Lei 10.216/01, somada às Resoluções n° 5<sup>58</sup> (2004) e n° 4<sup>59</sup> (2010) do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária que ampliaram o escopo de aplicação do fim das internações compulsórias, trazida pela Lei de Reforma Psiquiátrica, aos Manicômios Judiciários (PINTO; NASCIMENTO, 2012, p. 23). Nessa conjuntura, o HCTP Heitor Carrilho teve de ser repensado dentro de toda a sua articulação

---

<sup>57</sup> Henrique Roxo foi um psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

<sup>58</sup> Dispõe a respeito das diretrizes para o cumprimento das medidas de segurança, adequando-as à previsão contida na Lei n° 10.216, de 06 de abril de 2001

<sup>59</sup> Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança.

e complexidade enquanto instituição psiquiátrica e de tudo o que representava enquanto “modelo-paradigma” de manicômio-prisão.

Daí que a própria instituição se apresenta como um desafio a qualquer um que queira construir sua memória: como compor a memória de uma instituição que surge tão marcada pela imposição de uma identidade e que se alimenta da confirmação desta identidade? Como podemos pensar na composição de uma memória que se alinhe a uma visão não técnica se, ao adentrar a instituição, já sabemos que sua existência se deve a uma necessidade de transformação dos que são internados, de tal modo que estes somente existem enquanto subsistência? (PINTO; NASCIMENTO, 2012, p. 23).

Nesse sentido, pensar o HCTP Heitor Carrilho é costurar toda a pavimentação que nos trouxe até o presente momento. É pensar a efervescência de ideias segregacionistas e preconceituosas que se espalharam pela Europa nos séculos anteriores através de ensinamentos médicos-científicos como elos que traçaram e fincaram o surgimento do Manicômio em solo brasileiro. Pensar o Heitor Carrilho é compreender que uma ideia, por mais bem apresentada que possa parecer em determinado contexto ou época, pode dar origem a séculos de retrocessos e de miséria humana em todos os níveis. É pensar nas políticas higienistas de recolhimentos dos “outros” jogados à própria sorte em alas manicomiais (SANTOS, 2016, p. 119). É pensar o destino tão recente de pessoas como Damião Ximenes Lopes.

Em seus últimos anos, ainda em 2013, a instituição deixa de ser a porta de entrada para os internos em cumprimento de medidas de segurança e passa a desempenhar o papel de centro de acolhimento para aqueles que se encontravam em processo de desinstitucionalização e/ou com laços familiares rompidos, sem terem um destino adequado para ir. Nesse sentido, ressalta-se que o período de institucionalização dos internos gerava, comumente, graves rompimentos com o meio social/familiar, o que criava obstáculos para reinserção dessas pessoas na comunidade (KEMPER, 2019, p. 162 e 193).

(...) alguns impasses eram mais desafiadores, como a perda completa de laços sociais, sobretudo dos pacientes institucionalizados há mais tempo, cuja origem tinha ficado em um passado tão remoto que voltar era um desafio. Esses não tinham para onde ir, muitas vezes sequer tinham um território de referência

ou mesmo uma história conhecida. Fazia-se necessário, portanto, reconstruir uma narrativa. (KEMPER, 2019, p. 194)

No lapso de 3 anos, o trabalho das equipes multidisciplinares no HCTP foi de reconstrução de tais vínculos e histórias. Esse momento de transição durou até fevereiro 2016<sup>60</sup>, quando os últimos internos saíram do Hospital e suas atividades foram encerradas definitivamente. Com o fechamento da instituição, o Rio de Janeiro acaba por não mais figurar como um dos três estados com mais Hospitais de Custódia (KEMPER, 2019, p. 194-195).

Apesar da sensação de conquista, o encerramento do HCTP pode ser visto sob outros ângulos não tão otimistas quanto poderíamos almejar. O sentimento amargo se traduz na dura realidade a qual o atual Instituto de Perícias Heitor Carrilho<sup>61</sup> desempenha. Segundo Magno (2021, p. 122), o instituto figura como “*centro produtor da etiqueta de louco/louca em conflito com a lei penal*, uma vez que *todas* as perícias psiquiátrico-forenses do estado do Rio de Janeiro são nele realizadas”. A um só tempo, o peso do fechamento do Manicômio é ressignificado em uma nova dualidade: vão-se os muros, ficam as cicatrizes. O Manicômio, em todas as suas contradições e complexidades, ressoa até mesmo depois de sua morte. Os ecos dos estigmas e rotulações ganharam um novo condutor em um corpo quase gêmeo ao do morto.

Com a contextualização da instituição traçada, o caminho que será percorrido a partir de agora buscará reinterpretar todos esses elos cindidos sobre si mesmos. Através de recortes temporais, se buscará avaliar quais variáveis permitiram aumentos e diminuições na aplicação de medidas de segurança e nas desinternações, principalmente nos períodos mais próximos ao fechamento, enquanto porta de entrada do sistema do HCTP, em março de 2013. Mais do que isso, serão investigados quais fatores levaram ao encerramento desse símbolo de aprisionamento que foi, enfim, superado (ou melhor, transmutado).

---

<sup>60</sup> O processo de encerramento definitivo do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico foi envolto por diversos fatores e polêmicas. De um lado, duas ações civis públicas movidas pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – MPRJ e pela Defensoria Pública do Estado e, de outro, pela prisão, em 2016, do Secretário de Saúde do Município do Rio de Janeiro, após ter descumprido o prazo de transferência de um paciente do HCTP Henrique Roxo.

<sup>61</sup> A instituição foi renomeada como Instituto de Perícias em 2013 no âmbito de encerramento da HCTP como porta de entrada para novas internações.



Paciente caminha pelo corredor do atual Instituto de Perícias Heitor Carrilho (2015). Fonte: O Globo<sup>62</sup>

### **3.1.1 Cenário 1: Incidência das medidas de segurança no período de maio a dezembro de 2011**

No ano de 2011, período relativamente próximo ao encerramento do HCTP Heitor Carrilho enquanto porta de entrada para o sistema, a população que ali se encontrava possuía, em termos gerais, uma heterogeneidade em termos de perfis. Sob a direção de Tânia Dahmer, no lapso entre maio e dezembro de 2011, o Hospital possuía 119 pessoas internadas<sup>63</sup>, dentre as quais 96 eram homens e 23 eram mulheres. Em termos de idade, a faixa etária variava de 20 a 70+ anos, sendo que da população total, três internos não possuíam informações que pudessem ser averiguadas. A faixa etária 50-59 anos possuía, até então, a maior incidência de internações, totalizando 32 (DINIZ, 2011, p. 247). O censo destacado não esclarece algumas situações que transparecem pelos dados, como, por exemplo, a maior incidência de internação de pessoas na faixa etária de 50-59 anos poderia vir a ser fruto de um rompimento familiar em largo lapso de tempo? Qual o período de internação desse grupo em específico? Talvez as respostas pudessem nos

---

<sup>62</sup> Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/ultimos-pacientes-deixam-hospital-de-custodia-heitor-carrilho-18777890>

<sup>63</sup> Segundo Diniz (2011), o HCTP Heitor Carrilho, à época, possuía 3% da população total de internos de todos os 26 Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país. Por outro lado, representava 7% dos internos na região Sudeste.

fornecer uma clareza melhor em relação ao período que a instituição figurou como abrigo para pessoas já desinternadas entre 2013 e 2016.

Além do que os números representam, os internos se encontravam em situações diversas no que toca ao cumprimento das medidas de segurança. Da população total, 114 indivíduos estavam em cumprimento de medida de segurança, um se encontrava cumprindo a medida por conversão de pena e quatro se encontravam em internação temporária. Outra informação que atravessa o censo é a natureza da infração penal<sup>64</sup> sobre a qual incide a medida de segurança: 53% dos internos praticaram algum tipo de crime contra a vida, enquanto os crimes contra o patrimônio somam a parcela de 21% da população interna. Outras infrações aparecem em menor número dentre os dados coletados (DINIZ, 2011, p. 246 e 252).

<b>Unidade</b>	<b>Maior – Dezembro/2011</b>
HCTP Heitor Carrilho	População total: 119
Pessoas em cumprimento de MS na instituição (sendo 1 por conversão de pena)	115
Pessoas em situação de internação temporária	4

Fonte: Consulta aos dados do censo de 2011 (DINIZ, 2011)

Em relação às quatro pessoas que se encontravam em situação de internação temporária, todas possuíam as mesmas condições: possuíam o laudo de sanidade mental elaborado, mas estavam aguardando a decisão judicial para que pudessem ser desinstitucionalizadas (DINIZ, 2011, p. 251). O aguardo pela decisão judicial mostrava-se como um dos principais fatores para a estagnação do número de pessoas institucionalizadas à época. A inércia judicial por um lado mantinha pessoas com a “sanidade mental atestada” e, de outro, contribuía para que os laços sociais já enfraquecidos se fragilizassem ainda mais pela passagem do tempo.

<sup>64</sup> Diniz (2011) destaca que na amostragem apontada, os internos podem figurar em mais de uma infração penal.

As medidas de segurança cumpridas no HCTP Heitor Carrilho também possuíam naturezas variantes. Segundo o censo elaborado por Diniz (2011, p. 250), 44% dos internos cumpriam medida de internação ao tempo que 47% cumpriam a medida com a sentença de desinternação proferida. Além disso, no período analisado, 86% dos internos estavam cumprindo sua primeira internação em um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

<b>Situação das MS cumpridas</b>	<b>População</b>
Internação	50
Tratamento ambulatorial	1
MS com sentença de desinternação	54
MS extinta	3
Reinternação	2

Fonte: Consulta aos dados do censo de 2011 (DINIZ, 2011)

<b>Número de internações em HCTPs</b>	<b>População</b>
Uma internação	102 (86%)
Duas internações	11 (9%)
Três ou mais internações	5 (4%)
Sem informação	1 (1%)
<b>Total</b>	<b>119 (100%)</b>

Fonte: Consulta aos dados do censo de 2011 (DINIZ, 2011)

No mesmo período amostral, o censo revela diversas outras problemáticas que podem tender à banalização quando expostas apenas em números, mas que se traduzem em tudo aquilo que o Manicômio Judiciário representou ao longo do tempo: um lugar de esquecimento. Dentre os internos, 5 possuíam de 26 a 30 anos de internação no Heitor

Carrilho, 9 possuíam de 21 a 25 anos na instituição, enquanto outros 11 internos se encontravam internados num período que variava de onze a quinze anos. Somado a tais números, os dados demonstram que 61 internos (54% da população do Heitor Carrilho) estava com o Exame de cessação de periculosidade atrasado, ou seja, poderiam estar em quadro de “sanidade”, mas continuavam internadas (DINIZ, 2011, p. 254). O nítido descaso reforça o caráter de perpetuidade que as medidas de segurança acabam por assumir em Hospitais Psiquiátricos em virtude da clara ofensa ao artigo 97, §2º, do Código Penal que determina que o exame de cessação de periculosidade (ou perícia, conforme a nomenclatura usada pelo dispositivo) deverá ser realizado no mínimo a cada ano ou em virtude de determinação judicial. A declarada ausência de qualquer referencial, ao menos efetivo, de responsabilização por negligência no descumprimento de tais prazos, acarreta na banalização do próprio conceito de “cuidado” no qual o discurso médico se funda.

Deste modo, haveria a possibilidade de pensar que as pessoas consideradas criminosas e loucas somente são incluídas no Estado através de sua exclusão, pois parecem habitar os manicômios e só existir para o corpo social através de suas vidas (mais que) nuas. Assemelham-se ao *homo sacer*, cuja vida não tinha valor e cuja subjetividade podia ser aniquilada sem que alguém respondesse por isso (...) (WEIGERT, 2015, p. 117)

### **3.1.2 Cenário 2: Incidência das desinstitucionalizações a partir de fevereiro de 2015**

Em primeiro lugar, é válido esclarecer a inviabilidade da coleta de dados em relação às desinternações e incidências das medidas de segurança no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2015 por diversas dificuldades atinentes à publicidade dos dados. Tais informações poderiam revelar de que forma a aplicação das medidas de segurança se comportaram principalmente no ano que precedeu ao encerramento definitivo do HCTP como porta de entrada para o sistema. De todo modo, as informações obtidas nos darão um panorama da mudança ocorrida no interior da instituição.

Em segundo lugar, é interessante observar a reorganização do espaço institucional que começa a ser redesenhada principalmente a partir de 2009, sob a primeira gestão de

Marcos Argôlo<sup>65</sup>. Neste ano, a abertura de duas residências dentro do HCTP visou preparar a adaptação dos indivíduos já desinternados, mas em situação de abrigo, à realidade das residências terapêuticas (numa simulação própria ao dia a dia de uma casa), cumprindo, com isso, as exigências elencadas nas políticas de desinstitucionalização elaboradas à época (LOPES, 2017, p. 59). Em 2014, quando o hospital esteve sob a nova gestão de Argôlo, uma das medidas adotadas para alterar o modelo de hospital foi o fechamento de uma sala de fisioterapia, sendo substituída por uma sala de enfermagem, com a devolução de todos os equipamentos de emergência utilizados em episódios de crise (SANTOS, 2016, p. 223).

A partir do cenário retratado, em fevereiro de 2015 os dados referentes à manicomialização mudam completamente, ainda que deixem margem para diversas problematizações. No período apontado, a população do HCTP Heitor Carrilho resumia-se a 40 internos não mais em cumprimento de medidas de segurança, nem mesmo em caráter temporário (MAGNO, 2021, p.123). A população ainda se encontrava no interior da instituição pelo abrigo fornecido, pois as mesmas pessoas se encontravam em situação de extrema vulnerabilidade, com laços sociais, familiares e afetivos rompidos. Aqui, a discussão acerca das internações de longo prazo e do descumprimento dos prazos para realização do exame de cessação de periculosidade ganham especial relevo, tendo em vista o saldo final: pessoas livres das amarras do sistema manicomial, mas sem uma estrada de retorno para a vida fora daqueles muros.

Em fevereiro do ano subsequente, o cenário interno do HCTP tem uma nova virada. A desinstitucionalização dos últimos internos é finalizada em virtude de uma ordem judicial do Juiz da Vara de Execuções Penais que resulta na prisão dos secretários de saúde de diversos municípios do Rio de Janeiro (SANTOS, 2016, p. 217). A pressão entorno das prisões foi o estopim necessário para a cisão acarretada, que já vinha contando com o apoio das equipes<sup>66</sup> que atuavam dentro da instituição, principalmente no tocante à descaracterização paulatina da figura de Hospital<sup>67</sup>.

---

<sup>65</sup> Marcos José Relvas Argolo é graduado em Medicina e Psiquiatra. Entre os anos de 2007 a 2009 e 2014 a 2016, ocupou o cargo de diretor do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho e promoveu profundas mudanças na instituição, até seu encerramento em 2016.

<sup>66</sup> Segundo Boiteux e Magno (2018, p. 583), “o SEAP HH foi encerrado após sério e potente trabalho interinstitucional e transdisciplinar realizado — em rede — pelos atores e atrizes do sistema de justiça e pelos trabalhadores da rede de atenção psicossocial”.

<sup>67</sup> Ver observações feitas em entrevista com o então diretor Marcos Argôlo no Anexo I.

No dia 19/02/16, foram transferidos todos os pacientes do Rio de Janeiro 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 terapêuticas, 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) (SANTOS, 2016, p. 227)

Ao fim, é inegável a constatação de que o encerramento do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho não foi abrupto ou acidental. As mudanças que já vinham sendo desenhadas pela gestão de Marcos Argôlo ainda em 2007 avançaram e foram potencializadas pela via judicial, no que diz respeito à Ação civil pública movida pelo Ministério Público. Segundo (LOPES, 2017, p. 59), “foi impossível evitar a judicialização da política pública de saúde mental para pessoas pacientes judiciários, sendo, portanto, impossível pensar esse processo de desativação e desinstitucionalização do HH sem essa alternativa”.

Para além da constatação de uma gama de fatores interdependentes entre si na convergência de um objetivo central, o fechamento do HCTP Heitor Carrilho representa, ainda hoje, um paradigma de reestruturação na lógica de internação, sendo possível a reinserção psicossocial do indivíduo (SANTOS, 2016, p. 233). Ainda que no cenário atual tenhamos caminhado a passos lentos na plena efetivação<sup>68</sup> da Lei 10.216/01, principalmente no tocante à fixação da internação como última opção no escopo de aplicação de medidas de segurança, possuímos ao menos uma experiência concreta na qual buscar amparo no movimento por mudanças antimanicomiais mais radicais.

### **3.2 Reflexos da Reforma Psiquiátrica sob o recorte amostral da instituição**

A Lei. n° 10.216/01, conforme já abordado anteriormente, foi um marco na legislação pátria no campo da saúde mental e visou redesenhar o modelo de cunho estritamente hospitalocêntrico até então vigente. Ademais, também parece inegável

---

<sup>68</sup> Santos (2016) ressalta que ainda vivemos sobre a sombra de um medo-fantasma do Judiciário em relação à liberação completa daqueles em cumprimento de medidas de segurança e um suposto aumento desenfreado dos crimes cometidos pelos *loucos criminosos*.

desassociar as mudanças tidas no cenário fluminense, como o próprio encerramento do HCTP Heitor Carrilho, com as pautas trazidas pelo Movimento Antimanicomial com incidência no campo dos Direitos Humanos. Nada obstante, faz-se mister reforçar que o Manicômio Judiciário, no que toca aos avanços no campo de saúde mental e em relação aos Hospitais não penais, sempre figurou às margens do processo de Reforma; sempre refreado pelas amarras do sistema jurídico e em sua noção de proteção aos “bens mais relevantes”, configurando o clássico modelo de instituição total de Goffman (JÚNIOR, 2018, p. 57).

Sob outra perspectiva, debater os efeitos da Lei 10.216/01 e o avanço do movimento da Reforma Psiquiátrica é abrir as chagas de uma relação conflituosa de poderes que se estende por décadas, tanto no campo dos estudos sobre transtornos mentais, quanto nas imbricações destes no campo jurídico-penal. O plural adotado aqui, poderes, denota um motivo importante: representa o embate do poder da opressão, mas finca as raízes do poder da resistência e de todo o passado de lutas para as conquistas dos atuais, ainda que pequenos, avanços. Nesse sentido, ao se debruçar sobre Foucault, Ibrahim (2012) destaca,

É como se o poder estimulasse o sujeito a resistir. Sem dúvida, a resistência se define nas relações de poder, isto é, não se trata de uma capacidade inata que antecede a relação; mas, de fato a resistência ocorre na relação mesma. Para Foucault, ela pressupõe um sujeito ativo, capaz de dizer não (...) (IBRAHIM, 2012, p. 102)

Diante de tais constatações, um questionamento surge: de que forma e em qual medida o modelo de Reforma Psiquiátrica influenciou no fechamento do HCTP Heitor Carrilho? A resposta para essa pergunta, sem dúvida, revela algumas barreiras, tendo em vista que a própria Lei nº 10.216/01 não possui uma aplicabilidade efetiva no campo das medidas de segurança. Apesar das dificuldades, alguns apontamentos devem ser feitos.

### **3.2.1) O Exame de verificação de cessação de periculosidade (EVCP) e a implementação do Exame Multiprofissional e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP)**

O Código Penal vigente, que data de 1940, estabelece alguns requisitos para que a *periculosidade* de um indivíduo possa ser aferida ao fim do período de cumprimento da medida de segurança (internação ou tratamento ambulatorial). Nesse diapasão, o artigo 97, §2º, do referido diploma, aduz que a confirmação de cessação de periculosidade deverá ser precedida por perícia médica, no presente caso, o Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade (EVCP).

O EVCP, dentro do complexo de narrativas que permeiam a seara das medidas de segurança, cumpre o papel de filtragem dos indivíduos que poderiam ou não voltar a oferecer perigo para o meio social em que seriam reinseridos. Ademais, dentro do perfil de avaliação realizada, o EVCP se aproxima de um instrumento denominado Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20), que engloba históricos de violência, atitudes negativas, impulsividade, falta de apoio pessoal, estresse, dentro outros fatores (OLIVEIRA et al., 2016, 324-327)

Apesar do suposto “grau de importância”, o exame tende ao arbítrio da equipe de perícia. Na aplicação do EVCP faltam diretrizes mais claras a serem cumpridas pela equipe, principalmente no que diz respeito à ética (Abdalla-Filho, 2013 *apud* OLIVEIRA et al., 2016, p. 324). Sem a costura de uma noção mais clara e menos invasiva para a execução do exame, não seria o incomum a ausência de paridade entre laudos emitidos em casos semelhantes<sup>69</sup>.

Diante de tal conjuntura, levando em conta o alto grau de engessamento que a permanência do EVCP provoca no sistema de saúde mental e na alta incidência de longas internações, importantes movimentos foram despertados. Magno (2021, p. 230) ressalta que a busca por novos “caminhos de desinstitucionalização demandariam tanto um embasamento teórico como arranjos para efetivação de políticas públicas”. A partir de 2017, após anos de intensos debates ao entorno das problemáticas contidas no Exame de verificação de cessação de periculosidade (EVCP), que continha uma carga majoritariamente médica em seu espectro, e com uma forte atuação da Defensoria

---

<sup>69</sup> Oliveira et al. (2016) refere-se a um caso em particular em que determinado indivíduo, cumprindo medida de segurança pelo cometimento de duas tentativas homicídio, teria tido um parecer favorável à desinternação de uma equipe assistente, porém rechaçado pelos peritos que executaram o EVCP.

Pública, um novo modelo de perícia surge, pautado em uma perspectiva complexa: o Exame Multiprofissional<sup>70</sup> e Pericial de Avaliação Psicossocial (EMPAP).

Considerando-se que as mudanças paradigmáticas se fazem por substituição, focou-se na construção de um novo paradigma, substitutivo ao da periculosidade, nos processos penais de execução de medida de segurança, o que se conseguiu com o EMPAP: exame multiprofissional e pericial de avaliação psicossocial. É abandonada a lógica individualista e lombrosiana do EVCP em nome de prestigiar a lógica estrutural da atenção psicossocial, lastreada no pensamento criminológico crítico e concretizada no EMPAP (BOITEUX; MAGNO, 2018, p. 578).

O novo exame<sup>71</sup>, em seu expansivo grau de execução, abrange duas partes: o Exame Pericial de Avaliação Psicossocial – realizado por um perito habilitado – e o Exame Multiprofissional de Avaliação Psicossocial – realizado pela equipe assistente (MAGNO, 2017, p. 437). Desse modo, percebe-se um nítido deslocamento da verificação eminentemente médica para um corpo profissional mais diverso e capaz de dar conta dos múltiplos aspectos psicossociais, convergindo em uma gama positiva na amostragem de resultados<sup>72</sup>.

O EMPAP, enquanto conquista, se traduziu em mais uma das fissuras na grande muralha no qual se traduz o Manicômio Judiciário, mas ainda incapaz de fechar todas as portas de forma definitiva. Além disso, o novo modelo acabou por inflamar a rotatividade em outros HCTPs, já que as portas de entrada para tais instituições continuam a ser ressignificadas (PEREIRA; PASSOS, 2019 *apud* MAGNO, 2021, p. 414).

Dessa forma, ainda que a porta de saída seja o capítulo final para muitos, continuará sendo um capítulo na vida de tantas outras pessoas. A mera existência de um capítulo final implica reconhecer que outros, ainda mais cruéis, tiveram de ser escritos e vividos. A porta de saída possui uma importância fulcral, mas apenas a destruição física

---

<sup>70</sup> Magno (2017) ressalta que no campo da saúde mental, “a expressão multiprofissional é amplamente regulamentada em códigos de ética, de modo que é mais técnica que multidisciplinar e interdisciplinar”.

<sup>71</sup> Apesar da quebra de paradigma em estados como o Rio de Janeiro, outros entes, como o Distrito Federal, ainda replicam o EVCP em seus contextos forenses.

<sup>72</sup> Magno (2017) aponta como benefícios alcançados com a implementação do EMPAP, além da redução do tempo de processo e de internação, uma maior efetividade do Direito à igualdade entre as pessoas com transtornos mentais.

e simbólica da porta de entrada do sistema poderá ser capaz encerrar essa história sobre a prisão da vida.

A medida de fechar a porta de entrada não significa abandonar à própria sorte as pessoas com deficiência psicossocial que foram alvo da programação punitiva do Estado. Significa interromper a possibilidade material de discriminá-las. Significa, ainda, obstar uma situação de tortura, antes que se configure. Com a porta de entrada do MJud fechada, elas passariam a ser encaminhadas diretamente para os equipamentos substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), prevista na política pública de saúde mental brasileira (MAGNO, 2021, p. 412).

Ante às percepções acerca do EVCP e do EMPAP, é importante compreender o grau de importância do cenário retratado sob uma ótica prospectiva e apesar das cíclicas barreiras que se impõem. Assim, ainda que a concretização do EMPAP tenha sido realizada no decurso médio de um ano após o encerramento definitivo do HCTP Heitor Carrilho, é interessante notar que a instituição que o sucedeu, o próprio Instituto de Perícias, foi o fio condutor para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do novo modelo de exame. Mais do que isso, as problemáticas contidas e debatidas nos anos finais do HCTP, no que toca principalmente ao atraso na realização dos EVCPs de alguns dos internos, sem dúvida contribuíram para o progresso na implantação do EMPAP. Em retrospecto, a história do HCTP Heitor Carrilho, no presente cenário, desempenhou um importante papel de “megafone” para que os direitos de indivíduos em sofrimento psíquico e em conflito com a lei, tenham assegurado o mínimo de garantias no tocante ao processo de cumprimento e encerramento das medidas de segurança.

### **3.2.2 Peças-chave no fechamento do HCTP Heitor Carrilho**

As causas que cercam o fechamento do HCTP Heitor Carrilho, em um primeiro olhar, tendem a se emaranhar em diversas narrativas que nem sempre convergem em um ponto comum. Se de um lado havia grande interesse pelo fechamento na ala mais progressista, os interesses do Estado pareciam ir na contramão do resultado já conhecido. Assim sendo, é impensável projetar o cenário de encerramento desse Manicômio sem

reconhecer a importância trazida pela Lei nº 10.216/01 que balizou o debate nacional em torno das mudanças que urgiam serem implementadas na seara da saúde mental.

De forma mais detalhada, o artigo 4º, §3º do referido diploma já vedava a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, o que, sem dúvida, traduzia a realidade do Manicômio Judiciário. Somado a isso, o artigo 5º realiza uma importante ressalva em relação aos indivíduos em avançados períodos de internação: para essas pessoas, políticas específicas de alta e reabilitação psicossocial assistida, com a continuidade do tratamento assegurada (BRASIL, 2001). Com esse cenário normativo, um novo quadro de diretrizes poderia ser traçado rumo a desconstrução do modelo hospitalocêntrico.

Na esteira de debates que se seguiu ao longo da década passada, em 2010 surgem dois outros instrumentos normativos capazes de reforçar a mensagem que Lei Paulo Delgado já havia transmitido: a Resolução nº 113, do Conselho Nacional de Justiça, e a Resolução nº 4, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária.

A Resolução nº 113, de 20 de abril de 2010, implementada pelo Conselho Nacional de Justiça e que dispunha sobre o procedimento relativo à execução de pena privativa de liberdade e de medida de segurança, se configurou como um dos primeiros instrumentos adotados na virada da década de promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica e que contribuiu para a aceleração das medidas previstas no referido normativo. Apesar da tímida previsão, o artigo 17 direciona o juiz competente da Vara de Execuções Penais à aplicação das políticas antimanicomiais da Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2010). Assim, embora a Resolução não detalhe as principais medidas a serem adotadas, figurou como uma das tentativas iniciais para fomento de aplicabilidade da Lei.

No mesmo ano, a Resolução nº 4, de 30 de julho de 2010, do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária - CNPCP, avançou em termos de iniciativa de fomento à Lei Paulo Delgado. Dentre as considerações pautadas no documento, elenca-se o amadurecimento a partir de programas pioneiros de atenção a pacientes judiciários no âmbito da política antimanicomial (BRASIL, 2010a). Dessa forma, temos o reconhecimento dos programas PAILI-GO e PAI-PJ dentro do movimento por conquistas e efetivação de direitos de pessoas em sofrimento psíquico e em conflito com a lei, como modelos a serem seguidos pelo sistema.

Em sequência, o artigo 1º, §1º do aludido diploma aponta para o cumprimento dos princípios insculpidos na Lei de Reforma Psiquiátrica, no que toca aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, além de reforçar o modelo assistencial de tratamento e cuidado em saúde mental de modo antimanicomial, em serviços substitutivos em meio aberto (BRASIL, 2010a). A aura de importância no qual se revela o *mandamus* do dispositivo é incontroversa ao passo que recomenda meios substitutos aos muros manicomiais, rechaçando o modelo hospitalocêntrico. No mesmo sentido, o artigo 4º, parágrafo único, acrescenta uma recomendação aos juízes para que evitem a internação em manicômios judiciários.

Ao fim, em seu artigo 6º, traçou-se uma meta que deveria ter sido cumprida no prazo de 10 anos: a substituição do modelo manicomial de cumprimento de medida de segurança para o modelo antimanicomial (BRASIL, 2010a). Por outro lado, não é demais ressaltar que a meta não só não foi cumprida, como continuamos a manter erguidos outros muros anti-loucura, vide os HCTPs Roberto Medeiros (Bangu) e Henrique Roxo (Niterói).

Um ano após a Recomendação nº 4 do CNPCP, a Resolução nº 35, de 12 de julho de 2011, do Conselho Nacional Justiça, surge como forma de direcionar de maneira mais clara o que já havia sido proposto no ano anterior. Se a Resolução nº 113 e a Recomendação supracitada impulsionam a prática do judiciário rumo às políticas antimanicomiais, a Resolução nº 35 fornece o substrato para tal concretização. Assim, elenca diretrizes<sup>73</sup>, como:

- 1) Diálogos e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;
- 2) Criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;
- 3) Permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;

---

<sup>73</sup> Ver rol completo no ponto II da Resolução nº 35/2011/CNJ. Disponível em: [https://atos.cnj.jus.br/files/recomendacao/recomendacao\\_35\\_12072011\\_22102012170144.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files/recomendacao/recomendacao_35_12072011_22102012170144.pdf).

- 4) Adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;
- 5) Promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o artigo 5º da Lei nº 10.216/01.

Diante dos pontos apresentados e sob uma lente macro, podemos inferir que o fechamento definitivo do HCTP Heitor Carrilho possuiu, em algum grau, influência dos diplomas abordados, tendo em vista que foram tais dispositivos que impulsionaram a disseminação da Lei nº 10.216/01 em seu objetivo primordial: romper com o modelo vigente. Ademais, os mesmos dispositivos ecoaram em mudanças posteriores, como a própria extinção do EVCP e a criação do EMPAP numa perspectiva de luta social e institucional tanto da Defensoria Pública, como de movimentos sociais em prol da ampliação de direitos no campo da saúde mental.

### **3.2.3 O redirecionamento dos abrigados como rota de fuga no percurso antimanicomial**

Em síntese, constata-se que os normativos apresentados anteriormente serviram como ponte para o aceleração de certas mudanças que urgiam acontecer. Nada obstante, é interessante perceber como o percurso de narrativas que entrelaçam o debate sobre saúde mental desemboca em um emaranhado de discursos nem sempre aprazíveis, ainda que necessários que sejam expostos na mesa de debate. Para além das complexas teias que se formam, também podemos notar o lento processo de como tudo tende a correr. Em 2001 temos, de forma mais efetiva, uma Lei que espelhou o movimento antimanicomial no Brasil e quase 10 anos depois vemos as Resoluções e Recomendações surgirem como peças de reforço nesse tabuleiro.

No trajeto percorrido, outro importante movimento foi executado em 2013 pela Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. O ajuizamento de uma Ação Civil

Pública<sup>74</sup> surgiu dentro de um contexto de escândalos que cercavam a área da saúde à época e foi a responsável por apontar a cruel realidade que se postava dentro dos muros do HCTP Heitor Carrilho, que já havia sido constatada por outra ACP, promovida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro<sup>75</sup>. À época, a instituição contava com 81 pessoas, dentre abrigados e outras em cumprimento efetivo de medida de segurança (vide Anexo 2). Dentre as constatações realizadas *in loco* em 2012, foram apontadas a falta de iluminação adequada, presença de insetos, necessidade de reforma dos banheiros e a urgência de reparos na estrutura de esgoto, em virtude do cheiro fétido e forte<sup>76</sup>.

Diante do severo quadro de violação de direitos humanos constatado, a Defensoria Pública, dentre os pedidos, requereu, de forma liminar, a proibição de novos ingressos de pessoas com sentença de desinternação já proferida pelo juízo competente. De forma definitiva, a instituição requereu a completa desativação do HCTP para fins de acolhimento de pessoas com sentença de desinternação proferida<sup>77</sup>. Nesse primeiro momento a ação acabou por ser indeferida.

Em sede de apelação, interposta em fevereiro, a instituição defensorial tentou reverter a negativa do órgão jurisdicional e obteve, dessa vez, uma decisão favorável. Em Acórdão proferido em 2016, a Sexta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, por unanimidade de votos, confirmou a liminar referente ao pedido de proibição de ingresso de novos internos no HCTP Heitor Carrilho<sup>78</sup>. Ademais, Câmara acatou o pedido de indenização por dano moral coletivo no valor de R\$1.000.000,00 (um milhão de reais) em favor do fundo de direitos coletivos (Lei n° 7.347/85), em virtude de todo o tipo de tratamento desumano aos quais eram submetidos os indivíduos ali internados<sup>79</sup>.

Ao fim, a decisão de desativação acabou por ser indeferida na referida ACP, tendo em vista que havia sido deferida nos autos da ACP promovida pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Além disso, à época do Acórdão proferido, corria uma

---

<sup>74</sup> Processo n° 0230547-80.2013.8.19.0001

<sup>75</sup> Processo n° 0348366-72.2012.8.19.0001

<sup>76</sup> Ver fls. 13/14 (petição inicial) do Processo n° 0230547-80.2013.8.19.0001

<sup>77</sup> Ver fls. 48/50 (petição inicial) do Processo n° 0230547-80.2013.8.19.0001

<sup>78</sup> Em sede de Contestação, o Estado do Rio de Janeiro já havia se manifestado no sentido de que a permanência de abrigados no HCTP não seria consequência da inércia do Estado, mas sim da falta de estrutura das redes municipais de atenção psicossocial

<sup>79</sup> Ver fl. 566 do Acórdão de Apelação.

ampliação do prazo concedido pela mesma Câmara para que houvesse a conclusão das desinstitucionalizações e a desativação definitiva<sup>80</sup>.

Ante o exposto, a ponte construída ao longo dos anos através de lutas em várias frentes contribuiu para que as decisões proferidas em sede de ambas as Ações Cíveis Públicas tendessem a um ângulo mais progressista em termos dos direitos que deveriam ser resguardados no campo da saúde mental. Com isso, a desativação do HCTP Heitor Carrilho também se constituiu como o fim de uma *via crucis* que jogava ao limbo social corpos e subjetividades. A ponte que se postou à frente foi um suspiro de esperança: os últimos abrigados, aqueles que não tiveram os vínculos familiares restaurados, foram transferidos para residências terapêuticas, consolidando parte do espírito da Lei n° 10.216/01<sup>81</sup>.

No sentido mais claro e amplo de ressignificação do desmanche simbólico do Manicômio Heitor Carrilho, podemos denotar que o destino final desse não-lugar contou com outra peça-chave da qual muitas vezes nos esquecemos, pelo simples fato de ser mais cômodo ou mais fácil esquecer. Ainda que postos sob diversos rótulos como “louco”, “marginalizado” ou “invisíveis”, aqueles corpos-constelações<sup>82</sup> também gritavam, ao seu modo, por atenção: ao fim, aqueles muros caíram após a rebelião desses mesmos corpos esquecidos.

### **3.3 Por uma reinvenção dos Direitos Humanos: um olhar sobre o elemento humano sob as lentes de Herrera Flores, Judith Butler e Nancy Fraser**

A vida humana, em toda História por nós conhecida enquanto comunidade, sempre foi cercada e permeada por uma infinidade de paradoxos cruéis e, também, por esperanças e conquistas engrandecedoras. Ademais, tentar compreender o significado ou

---

<sup>80</sup> Idem.

<sup>81</sup> A alocação dos últimos abrigados partiu de pedido formulado pelo Ministério Público em sede da ACP ajuizada e que demandou do município novas vagas em dispositivos extra-hospitalares de saúde mental de média e alta complexidade, tais como, Residências Terapêuticas, tendo sido deferido na sentença proferida na ocasião de julgamento. Ver fl. 1351, da ACP n° 0348366-72.2012.8.19.0001.

<sup>82</sup> Conceito autoral criado para ressignificar a importância de corpos e subjetividades que comumente não conseguem se expressar de maneira socialmente normatizada. Ademais, esse “desvio” não tende a uma ausência de expressão, mas sim a um amplo espectro de linguagens, faladas ou não, capazes de transpor a barreira da linguagem tradicional e se fazer entender. Constelação, por esse viés, traduz a miríade de formas como corpos e subjetividades podem se conectar e transmitir uma mensagem/ideia.

o valor simbólico de nossa forma de vida nunca foi e não é uma tarefa tão simples, visto que a resposta para tais questionamentos pode simplesmente não existir na esfera de compreensão/apreensão na qual fomos moldados enquanto seres sociais.

Judith Butler, ao se debruçar sobre os conflitos sociais, culturais, éticos e políticos que entrelaçam a vida de grupos minoritários<sup>83</sup>, busca compreender de que forma tendemos a reconhecer outras vidas como merecedoras de cuidado/preservação ou, de outro lado, como foco de aniquilação. Nesse viés, a filósofa norte-americana busca interpretar, através das dinâmicas de poder, quais normas tendemos a romper ou cumprir diante do que se apresenta perante nós como forma de vida, no caso, sob uma balança alegórica.

Os esquemas normativos são interrompidos um pelo outro, emergem e desaparecem dependendo de operações mais amplas de poder, e com muita frequência se deparam com versões espectrais daquilo que alegam conhecer. Assim, há “sujeitos” que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há “vidas” que dificilmente — ou, melhor dizendo, nunca — são reconhecidas como vidas (BUTLER, 2015, p. 16).

Ademais, além de buscar compreender tais relações, Butler sopesa algumas formulações que tendem a permear o espectro de resguardo de uma outra vida que não a nossa própria. Nesse conflito que se põe num plano pessoal e, também, moral, ético e social, a tendência de se responsabilizar por outras vidas podem partir de certos pressupostos não tão aparentes. Por exemplo, tenderíamos a inclinação do sentimento de cuidado por um grupo com o qual nos identificássemos em uma maior escala, seja com base na nação, território, linguagem ou cultura? (BUTLER, 2015, p. 60). Ante as proposições expostas, a resposta mais simples seria que o sentimento de identificação seria um claro indício de nosso instinto de proteção<sup>84</sup>.

---

<sup>83</sup> A autora é reconhecida pela extrema relevância em seus estudos sobre problemáticas de gênero e pelo desenvolvimento de uma importante Teoria *Queer*.

<sup>84</sup> Em *A força da não violência: um vínculo ético-político*, Butler (2021, p. 66) aduz que a ponderação acerca das vidas consideradas como “dignas” de proteção parte de uma argumentação de biopolítica a qual “pede que consideremos não apenas o que conta como vida, mas de quem é a vida considerada digna de ser preservada”.

Em uma outra ponderação, de que outra maneira poderíamos conceber nosso próprio instinto de preservação para com grupos que se distanciaram desse modelo mais familiar de identidade?

Ao trabalhar com a ideia de luto público, Butler remonta aos cenários de guerras e de grandes atos de violência, como o 11 de setembro, para ressignificar o modo como os Estados Unidos construiu o sentimento nacional em torno das memórias dos mortos daquele atentado. Ao veicular imagens de pessoas norte-americanas que perderam suas vidas, a filósofa aponta que isso acabou por diminuir ou extinguir o luto pelos não nacionais (Butler, 2015, p. 65). A partir dessa construção, a importância da vivência imagética e emocional se põe como um fator de aproximação de grupos que talvez não compartilhassem mais do que a mesma língua e a mesma nação. O luto se torna público principalmente quando as entranhas (remontadas artificialmente ou não) da dor ou de uma vivência difícil são expostas para a sociedade sob diversas formas. Assim, esse exercício de aproximação de vivências será, em suma, um dos filtros a serem implicados no processo de etiquetamento de vidas passíveis ou não de luto.

A construção cadenciada do luto público, da maneira explicitada, acaba por suscitar algumas questões no que tange ao Manicômio Judiciário e a todos aqueles segregados por esses muros. Assim, caso as entranhas dessas instituições fossem mais publicizadas tanto para a sociedade de modo geral quanto na mesa de debates da academia, tenderíamos a uma outra realidade, a um outro *status quo*? Indo mais além, a partir da internalização dessas imagens cruas e expostas, construiríamos um maior sentimento de proteção para esses grupos a partir da noção de luto público? São perguntas que dificilmente podem ser respondidas de forma simplória, mas que remontam à importância da aproximação entre as diversas realidades que enlaçam o tecido social.

Em uma perspectiva de complementação e ampliação do debate em torno da validação da vida enquanto objeto de disputas em múltiplos eixos, a Teoria do reconhecimento, trabalhada pela filósofa Nancy Fraser, ajuda a reorganizar as complexas peças de compreensão que orbitam o percurso delineado, agora, sob as lentes da justiça social. Assim, sob a ótica dos processos de intensas mudanças em um mundo globalizado, onde grupos diversos permeiam em narrativas de exclusão e subjugação, o movimento de *reconhecimento* seria um instrumento fundamental de reafirmação e fortalecimento no combate das desigualdades

expostas, principalmente quando alinhado ao movimento de *redistribuição*<sup>85</sup> (FERREIRA, 2010, p. 2-3).

No caminho de aplicação efetiva da Teoria do reconhecimento, Fraser irá propor uma quebra de paradigma no que toca à forma de construção desse dito *reconhecimento*. Deste modo, irá criticar a forma como o modelo de identidade tende a agir como instrumento protagonista na construção de uma identidade una em prol das lutas e pautas que perpassam os movimentos sociais.

De outra maneira, ao tentar elaborar uma identidade coletiva essencializada e homogênea, movimentos sociais estruturados no modelo identitário pressionam a adaptação de seus próprios membros em nome de uma suposta identidade autêntica, provocando assim, a reificação da identidade (JÚNIOR, 2018, p. 5-6).

De forma a romper com o eixo estabelecido, Fraser irá propor o modelo de status, privilegiando o reconhecimento das barreiras que inviabilizam a plena participação de certos grupos como iguais na vida social. Logo, a ausência reconhecimento de determinado indivíduo será causa para o status rejeitado de parceiro igualitário perante a atuação social, ensejando, conseqüentemente, um maior substrato de compreensão ante a atuação dos mecanismos que excluem do campo da vivência social grupos já marginalizados (JÚNIOR, 2018, p. 6). Ademais, ao mirarmos o Movimento antimanicomial, compreendendo seu caráter transnacional e seu amplo espectro de atuação, faz-se mister perceber o modelo de status imbricado nas conseqüências de tal movimento ao longo das últimas décadas. Isso porque, falar e apreender o Movimento Antimanicomial é desvelar as cordas que movem os campos psiquiátricos e jurídicos em prol de um modelo de tratamento que nunca se concretizou em seus objetivos de preservação dos seres humanos implicados de forma forçada aos métodos propostos. O Movimento antimanicomial apresenta-se como instrumento de desconstrução e implosão de uma máquina moedora de gente; gente com todos os universos pessoais que as compõem.

---

<sup>85</sup> Ao debater a questão da redistribuição em *Reconhecimento sem ética?*, Fraser (2007, p. 116-118) irá questionar se o reconhecimento falho estaria ligado de forma intrínseca à problemática de distribuição. A partir disso, a filósofa argumenta uma distribuição falha não decorre conseqüentemente de um não reconhecimento e vice e versa. Em última análise, o cenário tido ideal seria o de paridade de participação, onde o reconhecimento e a redistribuição estivessem conjugados de maneira uma, permitindo uma participação paritária dos indivíduos no campo social.

Na grande ciranda que compõe os debates em torno da vida e dos instrumentos capazes de tornar alguns grupos humanos mais visíveis aos olhos do todo, estamos debatendo, indubitavelmente, os Direitos Humanos em seus mais diversos aspectos e facetas. Para além disso, estamos tratando de Direitos Humanos não sob uma forma modular, rígida, mas sobre Direitos não acabados e que se moldam perante a realidade que se apresenta. Aliás, sob uma nova lente, perceberemos os Direitos Humanos não como direitos no sentido mais usual, mas sim como processos, com resultados provisórios, a partir das lutas mais urgentes para a conquista do necessário para viver (HERRERA FLORES, 2007, p. 30).

Os direitos humanos não são unicamente declarações textuais. Também não são produtos unívocos de uma cultura determinada. Os direitos humanos são os meios discursivos, expressivos e normativos que pugnam por reinserir os seres humanos no circuito de reprodução e manutenção da vida, nos permitindo abrir espaços de luta e de reivindicação. São processos dinâmicos que permitem a abertura e a conseguinte consolidação e garantia de espaços de luta pela dignidade humana (HERRERA FLORES, 2007, p. 163).

Dessa maneira, necessitaremos nos distanciar do preciosismo das promessas positivadas em Tratados, convenções e outros diplomas. Nos afastaremos de promessas que trazem o mais amargo dos sabores: a promessa de uma salvação ou de uma fuga através da garantia de uma proteção que dificilmente cumpre seu papel. O afastamento proposto não servirá como mera suspensão de descrença. Assim, longe de luzes que podem cegar, abriremos caminho para uma compreensão mais profunda nas lutas internas e externas que dão vida a novos Direitos mais humanos, pois passíveis de inundarem o corpo social.

Em última instância, precisamos romper com o ideal de uma universalidade rasa dos direitos humanos, aquele mesmo ideal que tende a nos colocar no patamar de iguais mesmo diante das mais singelas e belas diferenças entre nossos povos humanos, é romper com um pacto antigo demais para assumirmos qualquer ligação de responsabilidade com aqueles que o propuseram. Herrera Flores (2007, p. 187) defende como parâmetro de concepção de direitos a *riqueza humana*, que se sobrepõe a um certo universalismo que tende a nos esvaziar. A *riqueza humana* da qual Herrera fala, em último plano, é aquela capaz de nos mostrar o caminho de encontro com nossos próprios “eus”.

Esse novo caminho, capaz de desfazer manicômios mentais e sociais, simbólicos e físicos, é mais uma forma de ressignificarmos a vida humana em todas os seus sentidos e

faces, até mesmo aquelas com as quais não tenhamos uma identidade tão próxima. A vida humana pode ser tecida de infinitas diferenças entre os corpos vivos, mas é uma em seu valor de merecimento, de proteção e evolução. A (re)invenção dos Direitos Humanos, em seu ápice, deve partir de uma ruptura profunda e radical do nosso próprio “eu” e da ruína da caverna de Platão que reconstruímos ao nosso redor dia após dia. Apenas com novas formas de irrompermos no mundo e com a reapropriação de nossa capacidade de indignação, usando a expressão de Herrera Flores (2007, p. 201), é que poderemos repensar e efetivar novos direitos humanos, dessa vez, em um terreno social fértil para as mais sinceras e profundas revoluções humanas.

## CONCLUSÃO

O percurso traçado neste trabalho visou demonstrar, de um lado, de que forma certos ideais higienistas/segregacionistas foram trabalhados no cenário europeu do século XIX, irrompendo em modelos de segregação das subjetividades tidas como desviantes e perigosas e, de outro, visou delinear como todo esse processo de saber médico desembocou no campo jurídico e performou as instituições manicomiais em diversas partes do globo, inclusive no Brasil. Além disso, a pesquisa desenvolvida se propôs a investigar as formas pelas quais um passado cruel, de práticas e métodos de tortura, continuam a ser ressignificados no campo da saúde mental em prol de um suposto “tratamento” revestido por uma ciência caricata em seu propósito dúbio.

As discussões e problematizações travadas tiveram o condão de levantar os questionamentos necessários para tentar sanar uma questão que se apresentava sem uma resposta muito clara ou simples: em meios a tantos discursos e entraves nos campos médico, jurídico e até mesmo político (já que o corpo humano é em si politizado na esfera contemporânea por sua própria existência), como o primeiro Manicômio Judiciário do país, situado em um estado-chave na dinâmica nacional em diversas instâncias, poderia ter chegado ao fim de forma tão “abrupta”? Além disso, tendo em vista os dois outros HCTPs presentes no Rio de Janeiro e, talvez, com status menos relevante dentro do cenário médico-legal, como o Heitor Carrilho encontrou (ou foi levado) seu fim? Apenas os escândalos e denúncias que o cercavam teriam sido suficientes?

Os questionamentos delineados em um primeiro momento demonstravam que o caminho seria menos tortuoso ou menos complexo do que de fato foi. No fim, a conclusão dos motivos determinantes para o encerramento de uma instituição aos moldes do Heitor Carrilho dificilmente seria tão fácil de compreender. O fim, por si só, de qualquer coisa ou de qualquer ser, é sempre precedido de uma história complexa. Complexa não devido aos entraves em se fazer entender algumas de suas partes, mas à medida em que quando nos postamos frente a diversas narrativas, um suposto ideal de verdade acaba por escorrer entre as fissuras de peças sobrepostas que não se encaixam em determinados momentos. O molde da loucura como fonte de perigo, como sinônimo de um mal que não se deve nem sequer compreender é o pontapé inicial dessa história. Uma história de aprisionamento do corpo em todas as suas dimensões, seja física ou psíquica. Ademais, essa história também é sobre liberdade, de mentes que pensaram outros caminhos, outros

mundos possíveis para o acolhimento de seres humanos que traduzem a mais peculiar diferença que permeia nossa espécie: a de ver e experienciar o mundo sob outros ângulos e outras formas. Nessa perspectiva, o Movimento Antimanicomial foi, sem dúvida, crucial para toda a mudança que se seguiu, mas também foi o resultado de tudo o que o antecedeu, todas as lutas travadas em cada manicômio ou qualquer outro espaço de aprisionamento, por pequenos grupos ou por uma única pessoa.

Os discursos pró e contra o modelo hospitalocêntrico vigente ainda hoje, mas enfraquecido pela Lei 10.216/01, foram peças centrais para o fim do Heitor Carrilho, após 95 anos de existência. As denúncias acerca da falta de infraestrutura e pelas condições desumanas às quais os pacientes eram submetidos expuseram o âmago amargo e brutal desse não-lugar. As ações civis públicas movidas pela Defensoria do Estado e pelo Ministério Público deram a reverberação necessária para que as súplicas fossem apreciadas com maior rigor pelo Poder Judiciário. O trabalho individual de cada agente de saúde, do meio jurídico e de qualquer outro campo que tenha se postado contra o *status quo* de apagamento de sujeitos e histórias, foram também peças e vozes essenciais para esse fim, principalmente quando observamos o decrescente número de desinstitucionalizações nos últimos anos do Manicômio. Afinal, são nas pequenas frentes de batalha que as fissuras também se produzem e fazem mudanças florescerem.

Ao fim, não há uma resposta conclusiva para os questionamentos levantados lá no início, ainda que boa parte deles tenham sido respondidos de maneira sólida. Assim sendo, há, porém, novas provocações: ainda que o Heitor Carrilho, enquanto instituição hospitalar, tenha sido encerrado, um novo aparato que ainda contribui para a manutenção da lógica manicomial surgiu em lugar como o Instituto de Perícias que leva o mesmo nome. Desse modo, em que medida as mesmas peças que levaram ao encerramento do Manicômio contribuíram para sua reinvenção como um instrumento que o preserva? De que forma esse antigo discurso de periculosidade se reconstrói a partir de novos aparatos?

Esses novos questionamentos são prova da complexa narrativa que as mais simples perguntas podem desencadear. As perguntas precisam ser feitas, sempre. Apenas dessa maneira teremos a possibilidade de mergulharmos nas raízes do retrocesso e reconfigurar esse núcleo antinatural. A pausa que será dada agora não significa uma ausência do movimento de pensar e repensar novas fissuras no Grande Sistema. As novas perguntas são a prova de que isso, o movimento que se alimenta *de e por* mudanças, não nos conduzem a um enterro, mas sim a uma ressurreição.

## REFERÊNCIAS

- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- ARENDDT, H. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.
- ARRUDA, Elso. **Antidiagnóstico e antipsiquiatria**. Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada, v. 24, n. 4, p. 55-68, 1972.
- ASSIS, D. A. D. **Justiça, Psiquiatria e outras drogas: Instituições Fissuradas pelo Manicômio Judiciário**. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas, Área de Concentração Territórios, Direitos Humanos e Diversidades Socioculturais). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019.
- BARRETO, Lima. **Diário do Hospício; O cemitério dos vivos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- BARROS-BRISSET, Fernanda Otoni de. **Um dispositivo conector: relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 2010, v.20, n.1, p.116-128.
- BASAGLIA, F. **A Instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985 (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; v. n. 17).
- BRASIL. **Decreto-Lei 2.848**, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. **Resolução n.º 113 de 20 de abril de 2010**. Disponível em:  
[https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao\\_comp\\_113\\_20042010\\_25032019154646.pdf](https://atos.cnj.jus.br/files/resolucao_comp_113_20042010_25032019154646.pdf). Acesso em: 02 de maio de 2022.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Justiça. **Recomendação n.º 35, de 12 de julho de 2011**. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/atos-administrativos/atosda-presidencia/322-recomendacoes-do-conselho/15070-recomendacao-n-35>>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Nacional Penitenciária (CNPCCP). **Resolução CNPCCP nº 4, de 30 de julho de 2010**. Dispõe sobre as Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança. Disponível em: <<http://antigo.depen.gov.br/DEPEN/depen/cnccp/resolucoes/2010/resolucao4de30dejulhode2010.pdf>>. Acesso em: 03 de maio de 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001**. Diário Oficial da União.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/ INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União 1994; 30 jan.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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 da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa de volta para casa: Liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria n. 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 (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 jun. 2011a, Seção 1, p. 59.

\_\_\_\_\_. **Lei 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, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Rio Grande do Sul. **Lei nº 9.716, de 07 de agosto de 1992**. Diário Oficial do Estado; 1992.

BUTLER, Judith. **A força da não violência: Um vínculo ético-político**. Boitempo Editorial, 2021.

\_\_\_\_\_. **Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015

CAETANO, H. **Loucura e direito penal: pistas para a extinção dos manicômios judiciários**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2018.

CANÇADO, M. L. **Hospício é deus**. 3. ed. São Paulo: Círculo do Livro, 1991.

CARRARA, S. **A História Esquecida: os Manicômios Judiciários no Brasil**. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 16-29. ISSN 0104-1282.

CARRARA, S. **Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século**. Rio de Janeiro/São Paulo, Ed. da UERJ/Edusp, 1998.

CARVALHO, Salo. **Penas e Medidas de Segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CONFESSOR JÚNIOR, W. G. **O iluminismo tardio no cemitério dos vivos: o manicômio judiciário no contexto da reforma psiquiátrica brasileira**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

COOPER, David. **Psiquiatria y antipsiquiatria**. Buenos Aires; Paidós; 1985.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006. 4 de julho de 2006.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Supervisão do Cumprimento de sentença do Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil**. Resolução de 25 de janeiro de 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (CNJ). **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil: Corte Interamericana de Direitos Humanos: supervisão de sentença: sumário executivo/** Conselho Nacional de Justiça – Brasília: CNJ, 2021.

**DECLARAÇÃO DE CARACAS.** Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde, 1990.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011.** Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

DUARTE, Sílvia Louzada. **A Luta Antimanicomial e a Política de Saúde Mental na voz dos militantes do Movimento pela Reforma Psiquiátrica.** Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2016.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa.** 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p. ISBN 978-85-385-4198-1.

FERREIRA, Wallace. **Justiça e reconhecimento em Nancy Fraser: interpretação teórica das ações afirmativas no caso brasileiro.** Revista Eletrônica Perspectiva Sociológica. Ano 3, n 4 e 5, 2010.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas.** Tradução de Salma Tannus Muchail. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975).** São Paulo: Martins Fontes, 2002a. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978).

\_\_\_\_\_. **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002b.

FRASER, Nancy. Reconhecimento sem ética?. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política,** p. 101-138, 2007.

GENTIL, C. G. **Crime e loucura: problematizações sobre o louco infrator na realidade do Distrito Federal.** Dissertação de mestrado em Psicologia Social – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**, Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOFFMAN, E. **Manicônios, Prisões e Conventos**, São Paulo, Perspectiva, 1974.

HERRERA FLORES, J. **A reinvenção dos Direitos Humanos**. Tradução Carlos Roberto Diogo Garcia, Antonio Henrique Graciano Suxberger e Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

HOLLOWAY, J. **Fissurar o capitalismo**. Tradução Daniel Cunha. São Paulo: Publisher Brasil, 2013.

IBRAHIM, E.M.M. *Manicômio Judiciário: o testemunho de um olhar vivido*. Dissertação de mestrado em Psicologia – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

JÚNIOR, Nélio Lustosa Santos. **Políticas de reconhecimento na concepção de Nancy Fraser: Questões de justiça ou boa Vida?**. Cadernos do PET Filosofia, v. 9, n. 18, p. 1-11, 2018.

LIMA, D. K. R. R; GUIMARÃES, J. **Articulação da rede de atenção psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(3), 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v29n3/0103-7331-physis-29-03-e290310.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.

LIMA, S. S; BRASIL, S. A. **Do programa de volta para casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 24(1), 2014, 67-88. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/kdMsk44XNwtnv3mVNqmcVJM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.

LOMBROSO, Cesare. **O homem delinquente**. São Paulo: Editora Ícone, 1ª reimpressão, 2010.

LOPES, Randiza Santis. **Família, crime e loucura: a construção da memória sobre o louco infrator a partir da narrativa dos familiares dos abrigados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho** (dissertação). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2017.

MAGNO, Patrícia Carlos. **E assim morre o exame de cessação de periculosidade**. In: CONGRESSO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS, 13., 2017, Santa Catarina: ANADEP, 2017. p. 431-444. Tema: Defensoria Pública: em defesa das pessoas em situação de vulnerabilidade. [Livro de Teses e Práticas Exitosas do XIII Congresso Nacional de Defensores Públicos].

MAGNO, Patrícia Carlos. **Nas trincheiras da Luta Antimanicomial: sistematização de uma experiência da Defensoria Pública nos Manicômios Judiciários do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2021, Tese de doutorado – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade Nacional de Direito, Programa de Pós-graduação em Direito.

MAGNO, Patricia Carlos; BOITEUX, Luciana. **Quando a luta antimanicomial mira no manicômio judiciário e produz desencarceramento: uma análise dos arranjos institucionais provocados pela defensoria pública no campo da política pública penitenciária e de saúde mental**. Rev. Bras. Polít. Públicas, Brasília, v. 8, nº 1, 2018 p.573-603.

MATHES, P. G; SILVA, F. B. **Saúde Mental e o Campo Sociojurídico: o “estado da arte do debate” com a Reforma Psiquiátrica**. Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.3, p.529-542, 2012.

MÉRIDA, C.B.A. **O cérebro criminógeno na antropologia criminal do século XIX: um estudo sobre a etiologia do crime a partir da medicalização da sociedade**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, William Vaz de. **A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 18, n. 1, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18n1/09.pdf> >. Acesso em 10 agosto de 2021.

OLIVEIRA, G. C. et al. **O exame de verificação de cessação de periculosidade: a importância da avaliação ampliada em um caso com conclusão contrária ao parecer da equipe assistente**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 322-341, 2016.

OLIVEIRA, Thierry Cavalcanti Gama; LEITE, Magno Antônio. **Criminologia crítica: uma análise aos processos formais e informais de construção da criminalidade**. Revista Multidisciplinar do Sertão, v. 1, n. 2, p. 284-294, 2019.

OLIVEIRA, William Vaz de. **A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 18, p. 141-154, 2011.

PAIVA, Caio Cezar. HEEMAN, Thimotie Aragon. **Jurisprudência Internacional de Direitos Humanos**. 2 ed. – Belo Horizonte: Editora CEI, 2017.

RODRIGUES, Raimundo Nina. **As Raças Humanas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1933.

SILVA, Martinho. **O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO**. Physis, Rio de Janeiro, 2010, v.20, n.2, p. 653-682.

SILVEIRA, Nise. **O mundo das imagens**. 1ª ed. São Paulo, Ática: 1992.

WEIGERT, M. A. B. **Entre silêncios e invisibilidades: Os sujeitos em cumprimento de medidas de segurança nos Manicômios Judiciários brasileiros**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo César; ATHAYDE, Milton. **A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho**. Estudos e Pesquisas em Psicologia 2006; 612-631.

## ANEXO I

### Entrevista com o Psiquiatra Marcos Argôlo – Dia 19/05/2022

- 1) Só para iniciar a contextualização, o senhor assumiu a direção em qual ou em quais períodos no Heitor Carrilho?

**Marcos Argôlo:** Sou médico estatutário da Secretaria de Administração Penitenciária desde 1999. Trabalhei nas unidades prisionais do Complexo da Frei Caneca que foi demolido e depois trabalhei nas unidades prisionais de Bangu. Assumi o Heitor Carrilho em 2007, era o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho. Fiquei lá por 2 anos, 2007, 2008 e 2009. Fui pra direção do Henrique Roxo e fiquei lá por mais 2 anos. Depois fui para a Administração de Saúde do Sistema Penitenciário e fiquei lá por mais 3 anos e voltei para a direção do Heitor Carrilho em 2012, 2013 e 2014. Eu comecei o processo de desinstitucionalização na primeira gestão e encerrei na segunda.

- 2) Em uma fala para o jornal O Globo em 2016, à época do encerramento definitivo do Heitor Carrilho, o senhor disse que a instituição não era nem cadeia, nem hospital. Na realidade, a instituição não se confundiria com ambos os aparelhos estatais ao passo que de um lado haveria o discurso do tratamento e, de outro, a segregação vigiada própria do sistema penitenciário?

**Marcos Argôlo:** Nem toda mistura dá certo. Essa mistura não deu certo. A ideia do Código Penal era um lugar de tratamento. A ideia inicial desses hospitais, do Código Penal, da Lei de Execução Penal, a ideia era que fosse um tratamento. Tanto é que mudaram a terminologia na LEP de Manicômio para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, só que é uma instituição que pertence à Secretaria de Administração Penitenciária e a lógica é de prisão. Só que a clientela é tão específica que não se consegue, tenta, mas não se consegue dar o tom ali de cadeia. Então fica essa coisa híbrida que não funcionou: nem cadeia, nem hospital.

- 3) A aceleração que levou ao encerramento das atividades do Heitor Carrilho foi movida por diversos fatores. Duas ações civis públicas (Ministério Público e Defensoria Pública) e a prisão do então Secretário de Saúde, em 2016, após o descumprimento de remoção de um interno do Henrique Roxo. Para além desses fatores aparentes, na

perspectiva do senhor enquanto diretor, quais os outros motivos foram determinantes para esse encerramento, tendo em vista que outros hospitais de custódia ainda continuam em funcionamento, como o próprio Henrique Roxo? Por que justamente o Heitor Carrilho?

**Marcos Argôlo:** Isso é extremamente importante. Na verdade, o que fechou o Heitor Carrilho foi a equipe técnica do Heitor Carrilho. Houve Ação civil pública, houve o trabalho da Defensoria. Na verdade, a ordem de prisão foi de vários secretários, do Rio, Caxias, teve mais. Foi uma pitada final para a retirada de alguns pacientes que lá estavam. O que fechou o Heitor Carrilho foi um trabalho técnico. No Rio existiam três hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico: Heitor Carrilho no Centro do Rio, Henrique Roxo em Niterói e o Roberto Medeiros em Bangu. Uma peculiaridade desses hospitais era que o estado do Rio de Janeiro era o único estado da Federação que tinha convênio com o SUS. Então esses hospitais faturavam alto, era o que mantinha a saúde do sistema penitenciário, era o que ajudava o sistema penitenciário em determinadas coisas por conta desses recursos financeiros e isso era o que mantinha esses hospitais vivos. Você tinha aí 300 pacientes em cada hospital desses nessa época, pois era um faturamento alto. Houve o descredenciamento do SUS e assim. Foi feito um censo clínico dos três hospitais. Um terço da população desses hospitais já estava desinternado ou em vias de desinternação, sem suporte familiar. Era uma população que já estavam e iriam ficar muito tempo nesses hospitais. Então houve uma estratégia de encaminhar todos os pacientes desinternados ou em vias de desinternação para o Heitor Carrilho. Então pegaram todos do Henrique Roxo e que eram muitos. Lá tinha um projeto que era da casa de transição, mas era uma casa de transição de dentro da cela para dentro do muro, porque o cara não saía pra nada, não havia um trabalho com a rede de saúde mental, era um trabalho isolado. Não havia diálogo com os CAPS, com os serviços de saúde mental aqui de fora. Os pacientes que eram condenados a medida de segurança perdiam contato tanto com o município quanto com a rede do município e também com a família dependendo do crime. Então eles ficavam ali dentro e acabavam se proliferando. Então com esse censo e percebendo que um terço da população estava nessa condição, a equipe técnica transferiu todos os pacientes assim para o Heitor Carrilho, porque havia uma perspectiva futura de demolir o Complexo da Frei Caneca e aí se lá estivessem só os pacientes desinternados, o Estado não teria pra onde levá-los mais. Nem para o

Henrique Roxo, nem para o Roberto Medeiros, porque nesses lugares haviam pessoas cumprindo medidas de segurança. Só que o Complexo foi demolido e o Heitor Carrilho não, pois a instituição foi uma doação da família do Heitor Carrilho para ser manicômio judiciário e havia ali alguma determinação jurídica que aquele estabelecimento deveria ser sempre para esse fim. Então o Complexo todo foi demolido e o Heitor Carrilho não e lá ficaram, não me lembro exatamente o número, mas muitos pacientes desinternados e sem suporte familiar. Mas esses dois outros hospitais deram conta do número de pacientes com medida de segurança. Foi feito um trabalho junto à perícia para que a RAPS considerasse o dispositivo da Lei 10.216 com relação à assistência psiquiátrica, diminuindo a entrada não para o Heitor Carrilho, diminuindo a entrada para o sistema todo e quando saia a medida de segurança ele ia para o Henrique Roxo. E aí a equipe fez um trabalho de desinstitucionalização que durou mais de 10 anos, porque é um processo lento, demorado, ainda mais para uma clientela que é duplamente estigmatizada, tanto como maluco, como quanto criminoso. Então levou mais de 10 anos e esses pacientes foram saindo. O Heitor Carrilho foi se transformando num lugar só de perícia. Foi feita toda uma reestruturação ali do prédio para esse fim. Tinha uma cela de acautelamento de preso e o preso já não ficava lá muito tempo aguardando exame. Ele chega, faz o exame e vai embora. E assim foi possível fechar o Heitor Carrilho e as duas outras instituições deram conta dos pacientes com medida de segurança. Depois, na UPA de Gericinó, foi criada uma Emergência Psiquiátrica, porque nenhum desses hospitais tinham como dar conta das emergências. Por isso foi criada na UPA de Gericinó de Emergência Psiquiátrica. Até porque lá é uma gestão de uma OS, tinha medicação e tinha condição de dar conta dessas emergências, porque nesses hospitais a precariedade foi tomando conta em termos tanto de capacidade física instalada, quanto medicamentosa, tanto como insumos, medicamentos, essas coisas. Com o tempo isso foi se desmontando. Essa lógica das internações. O Roberto Medeiros, ao meu ver hoje, vira um quartinho da bagunça, onde são encaminhados todos os pacientes de internação compulsória, determinação judicial. Eu hoje estou afastado, não estou mais no sistema, mas quando eu sai, o Roberto Medeiros estava uma unidade que não tinha uma definição clara, tudo ia para ali e o Henrique Roxo se manteve só com as medidas de segurança.

- 4) Em um período relativamente recente, o EVCP (exame de verificação da cessação da periculosidade) foi abolido dando lugar ao EMPAP (realizado por uma equipe multiprofissional). Essa mudança no paradigma de avaliação pode ser a chave para o fechamento dos demais Hospitais?

**Marcos Argôlo:** Eu acho de grande valia essa mudança no olhar da cessação de periculosidade. Na verdade, o que é avaliada hoje é a vulnerabilidade. Eu acho importante também que a equipe que assiste a pessoa emita esse parecer. Antigamente o que a gente tinha era um perito que vinha e avaliava e elaborava um parecer com a cessação de periculosidade e os critérios para essa avaliação são critérios ultrapassados. Então a equipe que tem o contato pode fazer a elaboração, a equipe que fez contato com a equipe de fora, que está fazendo toda a amarração com relação ao encaminhamento futuro desse interno eu acho que é mais interessante. Só que isso não garante o fechamento do hospital. Não é isso. Aí você pode até aumentar a porta de saída, mas vai ter sempre essa porta de entrada. A questão é o encaminhamento lá na porta de entrada. Eu preferiria investir na porta de entrada do que na porta de saída. O que estou querendo dizer com isso é: o interno vai pra onde? Vai fazer perícia, mas aí sendo que com essa conclusão vai ser encaminhado pra onde? O juiz quer saber pra onde ele vai fazer esse tratamento. Então essa equipe multi tem que informar ao juiz que ele vai fazer na RAPS no município tal ou que ele vai ficar internado porque está num quadro agudo. Geralmente depois desse processo todo os pacientes já estão estáveis. Então talvez seja mais interessante investir numa equipe multidisciplinar nessa avaliação de entrada do que na saída. Houve uma tentativa disso lá no Heitor Carrilho, de uma perícia multidisciplinar. Foi um grande avanço, mas havia uma certa resistência principalmente dos médicos peritos no sentido do que quer dizer uma perícia dessas, no sentido de que teria que ser uma avaliação pura e exclusivamente médica, mas hoje em dia nós sabemos da importância de uma equipe multidisciplinar para um trabalho de inserção, não só de estabilização, mas com um trabalho de inserção na rede.

- 5) Mesmo que de forma tardia, o senhor pensa que a Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216/01), fruto do crescimento do Movimento Antimanicomial, teve influência relevante para o destino da instituição? Tardia por ser uma lei de 2001 e o encerramento como porta de entrada para o sistema só veio em 2013.

**Marcos Argôlo:** Houve sim, só que ela chegou no Manicômio (judiciário) bem depois do que chegou nos hospitais aqui de fora. Ela levou um tempo para chegar. E ela chegou não porque a rede de saúde mental dos estados e municípios foram lá, mas porque a equipe que estava lá dentro começou a abrir a porta do Manicômio, começaram a derrubar os muros. O Código Penal determina que vai ficar de 1 a 3 anos lá dentro, o ambulatório vai ser feito lá dentro, então tinha toda uma organização para que o Hospital de Custódia fosse uma referência de internação, de tratamento, de cuidado até mesmo no pós-alta. Não tinha essa rede de saúde mental aqui fora. A equipe lá dentro, que percebendo isso, começou a trabalhar desde a entrada com a equipe de saúde mental aqui de fora. Então lógico que teve influência pela estruturação da RAPS aqui fora e aí a adequação do cumprimento da medida de segurança à Lei nº 10.216 que foi feita de dentro do Manicômio para fora, inclusive envolvendo o judiciário, tanto a Defensoria Pública, quanto o Ministério Público aprenderam pela Lei 10.216 com o trabalho da equipe dentro do Heitor Carrilho.

- 6) Em um futuro próximo, em termos de articulação dentro do aparelho estatal e dos debates travados nos campos médico e jurídico (e esbarrando também no político), o senhor pensa que outros Hospitais (Henrique Roxo e Roberto Medeiros) estão prontos para seguirem o destino do Heitor Carrilho? A RAPS (SUS) e todo o aparato das residências terapêuticas estariam preparadas para a absorção desses grupos?

**Marcos Argôlo:** Então, isso é uma ação grande que envolve o Ministério Público, Defensoria, Judiciário, equipe da SEAP. É necessário fazer um desenho do que se tem. O que que a gente tem? O que que a gente precisa? A residência terapêutica surge por demanda. Então, esses pacientes que estão lá nesses hospitais precisam da indicação da residência terapêutica? Às vezes não. Tem que ser feito todo um trabalho junto com a família, junto com a rede de atenção psicossocial do município de origem do paciente para poder saber qual vai ser o projeto individual terapêutico dele. É um retorno à família? É uma residência terapêutica?

- 7) Nesse trabalho eu venho trabalhando muito com a reconstituição de memórias. Memórias sobre o passado que nos trouxeram até o momento presente, passando pelas atrocidades do Hospital de Barbacena e tantas outras realidades cruéis. Enfim... Como última pergunta, qual a memória que o senhor tem do Heitor Carrilho e dos pacientes que estiveram internados lá?

**Marcos Argôlo:** Primeiro, profissionalmente, foi onde eu vivi momentos bem importantes. Eu participei do movimento de desinstitucionalização do Hospital Estadual Teixeira Brandão. Aquilo ali pra mim foi uma grande vivência, uma grande escola e eu tenho certeza que eu cheguei porque eu trabalhava lá e no sistema penitenciário. Eu saí do processo de desinstitucionalização do Teixeira Brandão e assumi o Heitor Carrilho. Então eu tenho certeza que eu cheguei ali inspirado pela experiência no Teixeira Brandão. Mas a minha maior experiência profissional, de satisfação, de realização, foi o trabalho dentro do Manicômio Judiciário, dentro do Heitor Carrilho, do Henrique Roxo e do Roberto Medeiros. E assim, entre várias situações, não foram poucas, eu levei pra dentro do Heitor Carrilho o Teatro do Oprimido. Os pacientes saiam do Heitor Carrilho para se apresentar na UERJ, para se apresentar na Cinelândia no espaço aberto. Eles saíam no carro do SOI, com guarda armado de fuzil para poder se apresentar nesses lugares. Com o tempo eles começaram a sair numa Kombi, com guarda da própria unidade hospitalar. A mentalidade da própria SEAP em relação a essas pessoas. Foram várias as situações que eu vivi, mas se eu tivesse que destacar uma, seria a do Sr. Nelson. Quando eu cheguei no Heitor Carrilho, ele era o que estava lá há mais tempo. Tinha 53 anos que estava dentro do Hospital Heitor Carrilho e aquilo me chamou atenção porque ele chegou lá com 19 anos e estava com 72, por causa de furto de mantimentos dentro de uma geladeira em São Cristóvão e foi preso. Como ele tinha um retardo mental leve, foi para o Manicômio Judiciário e foi capturado por todo esse sistema, com um suporte familiar precário, em pouco tempo já não tinha mais sintoma nenhum, no entanto, pela ausência de suporte familiar, ele foi ficando e ficou lá por 53 ano. Isso me levou a pensar muito no modelo de assistência que nós iríamos traçar no Heitor Carrilho. Então a gente montou uma equipe de pacientes crônicos, que já estavam desinternados e que tinham que sair dali e o Sr. Nelson a gente acabou conseguindo uma alta para ele. Na época, Paracambi estava passando também por um processo de fechamento. Os municípios da Baixada também estavam tendo que se reorganizar para estruturar a RAPS, residências terapêuticas e a gente conseguiu uma residência terapêutica para o Sr. Nelson lá em Seropédica, onde ele conseguiu viver mais alguns anos e veio a falecer tem dois anos mais ou menos, mas com final de vida digno.

## ANEXO II



GOVERNO DO  
Rio de Janeiro  
SECRETARIA DE  
ADMINISTRAÇÃO  
PENITENCIÁRIA

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO HEITOR CARRILHO  
Rua Frel Caneca nº 401, Fundos - Estácio - CEP 20.211-020 - Tel: 23337468 - 23337474

CI. Nº 0042/CLASS/SEAP-HH/13  
Da: Direção - HH  
Para: Coordenação das Isoladas

RJ, 15 de abril de 2013.

Assunto: Efetivo Carcerário

Sr. Coordenador (a)

Cumpre-me encaminhar a V.Sª, o Efetivo (ATIVOS E ABRIGADOS), desta SEAPHH

EFETIVO  
(ATIVOS)

DESINTERNADOS  
(ABRIGADOS)

TOTAL NA UNIDADE

Homens = 004  
Mulheres = 001  
TTL..... = 005

Homens = 068  
Mulheres = 008  
TTL..... = 076

Efetivo = 005  
Abrigados = 076  
TTL..... 081

Ateñosamente,  
P/SUBDIREÇÃO  
VIEIRA  
816771-0