

37º Encontro Anual da ANPOCS

ST38 - Vitimização: políticas de moralidade e gramáticas emocionais

De “louco infrator” a “pessoa portadora de transtorno mental em conflito com a lei”:  
uma análise de categorias governamentais e processos de vulnerabilização

Martinho Braga Batista e Silva

## 1. Introdução

Na última década um conjunto de órgãos do poder Executivo e Judiciário nacional tem se mobilizado no sentido garantir o direito à saúde de pessoas em cumprimento de medida de segurança, conhecidas como “loucos infratores” e mais recentemente designadas “pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei”, sendo que a transição entre essas categorias governamentais passa por um debate em torno do grau de “periculosidade” e “vulnerabilidade” desses sujeitos.

Esta transição está ligada a uma reformulação no âmbito das políticas públicas, de justiça e saúde e também de assistência social, no sentido de paulatinamente adotar uma perspectiva de proteção dos direitos humanos do cidadão em meio a uma abordagem já consagrada de defesa da sociedade. Nesta direção, uma série de programas em torno da questão do confinamento reformulou sua terminologia para se referir a parcela da população beneficiada por suas ações, a população psiquiátrica passando a ser designada “pessoas portadoras de transtorno mental” e não mais “doentes mentais” em âmbito governamental, a penitenciária “pessoas privadas de liberdade” e não presos, a infanto-juvenil que comete infrações “jovem em conflito com a lei” e não “menor infrator”, os antes nomeados “mendigos” sendo designados agora “população em situação de rua” e os “viciados” chamados “pessoas em uso indevido e/ou prejudicial de álcool e outras drogas”, entre outros termos visando dissolver o estigma voltado para as “pessoas” que configuram essas “populações”.

Segundo Hertz (1980 [1909]), a polaridade entre sagrado e profano comparece na nossa própria linguagem para se referir à mão direita e esquerda, sendo que costumamos usar poucas palavras para a mão direita e aquilo consideramos sagrado de um modo geral e muitas para a esquerda e o profano:

“O modo diferente pelo qual a consciência coletiva concebe e avalia a direita e a esquerda aparece claramente na linguagem. Existe um contraste impressionante entre as palavras que designam os dois lados na maioria das línguas indo-européias. Enquanto existe apenas um termo para ‘direita’ que se estende por uma grande área e que mostra grande estabilidade, a idéia de ‘esquerda’ é expressa por inúmeros termos distintos, que são muito menos difundidos, e que parecem estar destinados a desaparecer constantemente diante de novas palavras...”  
(Hertz, 1980: 109)

Segundo o mesmo autor, muitas dessas palavras são “eufemismos óbvios”,

criadas na medida em que evitamos “pronunciar a palavra apropriada”, em grande parte motivadas pelos “sentimentos de inquietação e aversão” suscitados:

“A multiplicidade e a instabilidade dos termos para a esquerda, e o seu caráter evasivo e arbitrário, pode ser explicado pelos sentimentos de inquietação e aversão sentidos pela comunidade a respeito do lado esquerdo. Já que a própria coisa não podia ser mudada, o seu nome o era, na esperança de abolir ou reduzir o mal.” (Hertz, 1980: 110)

Acredito que é esse o caso dos antigamente nomeados “degenerados” quando do surgimento do manicômio judiciário na passagem do século XIX para o século XX no Brasil (Carrara, 1998), paulatinamente precisando de mais um termo e/ou de variadas expressões para nomeá-los, “loucos criminosos”, “loucos infratores” e “pessoas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei” entre eles.

Meu objetivo neste texto é investigar os elementos morais em jogo na criação dessas *categorias governamentais*, bem como destacar as lógicas de classificação estatais em curso, em convergência com outros estudos sobre a produção da vítima (Sarti, 2006; 2009). Cotejando as categorias nativas utilizadas no universo estatal para produzir problemas sociais em torno do tema da violência, pretendo justificar também o investimento na compreensão disto que estou designando *processos de vulnerabilização*.

## 2. Um problema social e científico

Essa mudança de nomes, para muitos com quem conversei sobre o tema deste estudo, é considerada geralmente como algo “superficial”, para outros até mesmo “secundária” no terreno das políticas públicas de saúde mental, dadas as urgências colocadas pela assistência. Contudo, linguagem e poder caminham juntos, de modo que tais “nomeações oficiais” dizem respeito a um dos principais poderes do Estado: “o de produzir e impor as categorias de pensamento que utilizamos espontaneamente a todas as coisas do mundo” (Bourdieu, 1996: 91). A desnaturalização dessas categorias governamentais para designar o que Goffman (1991) chamava de internos e instituições totais – categorias analíticas – e que nós chamaremos de populações e estabelecimentos – categorias nativas – é um passo preliminar e necessário para a compreensão do fenômeno do confinamento, sem o qual corremos o risco de apenas e

simplesmente conferir “todas as aparências do natural a um arbitrário cultural”, reificando na própria pesquisa os “problemas sociais” produzidos pelas “administrações públicas” (Bourdieu, 1996: 95).

Nossa abordagem teórico-metodológica beneficia-se bastante de estudos sócio-antropológicos sobre o Estado e particularmente acerca da administração pública. Como ressaltam Lima e Macedo (2008: 366) sobre a produção científica acerca do tema políticas públicas nas ciências sociais, dois autores tiveram importância decisiva nos anos 1990: Foucault e sua reflexão “acerca do poder em sua positividade capilar para além dos modelos repressivos-coercitivos de análise dos fenômenos políticos”; e Bourdieu sobre “as lutas por classificações, e do poder simbólico”. Os estudos por mim empreendidos sobre a implantação das políticas públicas de saúde mental foram em grande parte inspirados no primeiro autor, destacando a ‘atenção psicossocial no território’ como exercício de poder mais distante da soberania e da disciplina e próximo da governamentalidade, fazendo emergir a ‘mediação de trocas sociais’ e a ‘referência do usuário e do familiar ao serviço’ como tecnologias de manutenção dos egressos de internação psiquiátrica em comunidade (Silva, 2009). O delineamento desses dispositivos de cuidado e controle colheu inspiração em outros estudos sócio-históricos voltados para outras populações tuteláveis, acerca da atração e sedentarização produzida no Serviço de Proteção ao Índio do período republicano (1995) e da produção de responsáveis pelo cuidado e alocação de indivíduos em redes de relações sociais nas Varas da Infância e Adolescência do período da redemocratização (Vianna, 2002).

Se nestes estudos destaquei a necessidade de descrever mais do que prescrever no campo da saúde mental, com base nas contribuições de P. Bourdieu tenho sublinhado a especificidade da atividade de prescrição, as recomendações que cercam o âmbito da formulação de políticas públicas, produzindo e impondo representações do mundo social capazes de agir sobre esse mundo, “agindo sobre as representações dos agentes a seu respeito.” (Bourdieu, 2008 [1982]: 117). Assim, recentemente pude notar a relevância da mudança terminológica de setores do Poder Executivo para a transformação da ação governamental sobre o problema social das drogas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (CNSM) passando a ser chamada de “CNSM, álcool e outras drogas” quase no mesmo momento em que a Secretaria Nacional Anti-Drogas da Presidência da República trocou o “anti” para “sobre”, esse processo convergindo com o clamor no sentido de que as drogas

deixassem de ser abordadas unicamente enquanto questão de segurança pública e passassem a sê-lo também como de saúde pública (Silva, 2012).

Estudos sobre as classificações sociais de um modo geral (Douglas, 2010 [1966]) e das administrativas em particular (Douglas, 2007 [1986]) também serão úteis nesse empreendimento sobre um problema social e científico. Antes de mais nada, nossos esquemas de pensamento tendem a rejeitar elementos capazes de confundir ou contradizer classificações ideais, sendo que os processos de nomenclatura colaboram para fortalecer sistemas ordenados: “Enquanto a aprendizagem continua, os objetos recebem nome. Seus nomes, então, afetam o modo como são percebidos da próxima vez: uma vez rotulados, são mais rapidamente enfiados nos seus devidos lugares, no futuro.” (Douglas, 2010: 51). Esse processo de nomenclatura que toma parte no processo mais abrangente de classificação está particularmente em curso em setores da administração públicas, cujas categorias podem terminar por construir nossos próprios objetos de estudo (Douglas, 2007: 105). As categorias governamentais apontam para uma produção contínua de pessoas e espaços, no nosso caso populações e estabelecimentos:

“É assim que os nomes se modificam e é assim que as pessoas e as coisas são remodeladas para se adequarem a novas categorias. Inicialmente as pessoas são tentadas a sair de seus nichos devido às novas possibilidades de se exercer ou evitar o controle. Em seguida elas elaboram novos tipos de instituições, as instituições elaboram novos rótulos e os rótulos elaboram novos tipos de pessoas. O próximo passo na compreensão de como entendemos a nós mesmos consistiria em classificar tipos de instituições e tipos de classificações que elas usam de maneira muito própria.” (Douglas, 2007: 105)

Essa reformulação das palavras por meio das quais a população-alvo dessas políticas públicas é designada tem estreita relação com um processo social, político e histórico de âmbito bem mais abrangente, a transição entre o imperativo de defesa social – apresentado e criticado por Foucault (2002) – e a defesa dos direitos humanos – cuja emergência histórica foi descrita por Hunt (2009). Compreendo esse processo histórico de longo prazo como algo com uma direção, a consolidação da vida como valor moral, mas não necessariamente como uma evolução, um progresso e muito menos linear, ou seja, destaco como característica dos processos sociais por comparação aos processos biológicos o fato dos mesmos serem reversíveis e não irreversíveis, adotando, portanto o conceito eliseano (Elias, 2006: 28).

Os termos sublinham que são todas pessoas, sejam elas portadoras de transtornos, privadas de liberdade ou em conflito com a lei, em convergência com a noção de dignidade da pessoa humana, base da perspectiva de promoção dos direitos humanos. Ao invés de “perigosas”, essas populações são cada vez mais são consideradas “vulneráveis” no âmbito do governo federal, do qual fiz parte como integrante de um setor do Ministério da Saúde entre os anos de 2008 e 2010. O termo “pessoas em medida de segurança” pareceu-me apropriado para me referir a essa população quando participei da elaboração de política pública os mesmos (Silva, 2010), embora acredite que deveria ter sido mais preciso e designá-la pessoas em cumprimento de medida de segurança como estou fazendo neste texto, ou seja, que elas estavam naquele momento cumprindo essas medidas de segurança e não permanentemente submetidas às mesmas, do mesmo modo como quem cumpre uma pena privativa de liberdade.

Deste modo, também colaborei para a criação dessas categorias governamentais, acentuando mais a situação jurídica – o cumprimento de uma medida de segurança sentenciada por um juiz – do que sanitária – o diagnóstico de transtorno mental apontado pelo médico perito – da população visada. A categoria governamental por mim criada tinha estreita relação com os dados disponíveis à época sobre essa população e a minha própria inserção profissional em um setor ambíguo – ou, para usar a terminologia governamental, “intersectorial” – do Poder Executivo.

Os dados sobre as pessoas em cumprimento de medida de segurança disponíveis à época eram, no mínimo, confusos. A medida de segurança pode ser aplicada em regime ambulatorial – tratamento fora do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), eventual – e em regime hospitalar – tratamento dentro do HCTP, usual. O Sistema Integrado de Informações Penitenciárias (INFOPEN) tinha sido criado recentemente e apenas em 2004 consolidava dados efetivamente nacionais – e não apenas estaduais – sobre o número de pessoas privadas de liberdade (PPLs), de unidades prisionais (UPs) e de PPLs em UPs brasileiras. No INFOPEN era possível tanto ter acesso ao número de pessoas em cumprimento de medida de segurança por regime – ambulatorial e hospitalar – quanto ao número de pessoas reclusas nos HCTPs, sendo que eles não correspondiam, ou seja, o número de pessoas em cumprimento de medida de segurança em regime hospitalar não era o mesmo de pessoas reclusas em HCTPs.

Oliveira (2009) mostra que em torno de 30% das pessoas reclusas em HCTP não se encontravam em cumprimento de medida de segurança no ano de 2008, com base em levantamento junto aos diretores de HCPTs e não no INFOPEN. Apenas recentemente, através do censo nacional dos ditos “estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico” – para incluir as alas psiquiátricas dentro de UPs e não apenas os HCTPs – é que, em contato com fontes documentais nos próprios HCTP, foi demonstrada a recorrência dessa situação, a permanência neste estabelecimento penal sem ter sequer sido aplicada a medida de segurança (Diniz, 2013).

Em suma, dependendo da classificação que se adota, a população e o estabelecimento são diferentes: há pessoas em cumprimento de medida de segurança em UPs, há pessoas em cumprimento de medida de segurança em HCTPs, há pessoas em cumprimento de medida de segurança em UPs e HCTPs que foram incluídas no mencionado censo como as reclusas em estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico e há também pessoas reclusas em HCTPs (criado para o cumprimento de medidas de segurança em regime hospitalar) que não estão em cumprimento de medida de segurança. Do mesmo modo, embora a aplicação da medida de segurança por parte do juiz tenha como subsídio o diagnóstico de transtorno mental apontado pelo médico perito, há um momento do processo penal anterior à perícia chamado “incidente de sanidade mental”, quando há apenas a suspeita de que aquela pessoa que cometeu a infração a tinha realizado sem consciência de que se tratava de um delito e de que, portanto, é inimputável, sendo que as pessoas que se encontram nesta etapa do processo podem ser encaminhadas para um estabelecimento chamado Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário (PAIPJ), na cidade de Belo Horizonte-MG desde o ano 2000.

Como outros membros do setor de saúde penitenciária no Ministério da Saúde, era certamente responsável pela formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas reclusas nos HCTPs, estando elas ou não em cumprimento de medida de segurança, já que este setor tinha como incumbência a gestão do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, voltado para o atendimento em saúde da população carcerária enclausurada em 4 tipos de UPs: presídios, penitenciárias, colônias agrícolas e/ou agroindustriais e HCTPs. De um lado, essa função não envolvia propriamente ações voltadas para pessoas em cumprimento de medida de segurança, já que elas podiam não estar nos HCTPs, mas podia envolver se elas estivessem alocadas em HCTPs ou UPs – as ditas alas psiquiátricas em UPs – e fossem, portanto

consideradas população a ser coberta pelas ações e serviços de saúde prestados pelas ditas equipes de saúde no sistema penitenciário (EPEN).

Este setor de saúde penitenciária do Ministério da Saúde faz parte de um departamento, o de ações programáticas e estratégicas, vinculado a uma das secretarias do referido Ministério, a de atenção à saúde, sendo que cabe à secretaria “participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada no país, observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)” e ao departamento “articular, entre outros, os programas de Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde do Jovem e Adolescente, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Saúde no Sistema Penitenciário, Saúde da Pessoa com Deficiência e a Política Nacional de Humanização (PNH), orientando estados, municípios e o Distrito Federal em sua execução.”. Embora no site do Ministério da Saúde essa função articuladora do departamento seja realçada, na época em que lá trabalhava eram 3 os pilares do mesmo: os princípios da universalidade e equidade e a condição de vulnerabilidade. Antes de tudo, a razão de ser do departamento era efetivamente universalizar o acesso da população às ações e serviços de saúde, criando programas específicos para parcelas da população que não costumavam se beneficiar da principal e mais abrangente ação governamental nesta direção, a Estratégia de Saúde da Família (por razões diversas, entre elas o fato de se encontrar privado de liberdade em uma UP e não ter condições, assim, de procurar uma unidade de saúde para ser atendido). Além disso, o departamento tinha como finalidade fortalecer a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, ou seja, reconhecendo as situações de desigualdade no acesso de certos segmentos sociais aos estabelecimentos sanitários, como os idosos, crianças, adolescentes, mulheres, portadores de transtorno mental, portadores de deficiência e pessoas privadas de liberdade, favorecer a minimização das mesmas através de iniciativas específicas (como incluir EPENs dentro de UPs). Enfim, visava garantir o direito à saúde também para as ditas “populações vulneráveis”, em outras palavras, fazer com que esse conjunto de grupos com pouco e/ou inadequado acesso ao SUS fossem também contemplados pelas atividades regulares de recuperação, promoção e prevenção em saúde (como garantir vacinação dentro dos presídios).

O setor de saúde mental dentro do referido departamento, cuja competência era a elaboração de políticas públicas voltadas para as pessoas portadoras de transtorno mental, tinha linhas de ação voltadas para os que se encontravam nas UPs, nos HCPTs e também no referido PAIPJ, promovendo censos psicossociais locais e



seminários sobre o assunto (KOLKER e DELGADO, 2003), mas não tinha como incumbência garantir o acesso destas pessoas às ações e serviços de saúde quando as mesmas estavam nos estabelecimentos penais – UPs e HCPTs – e não de saúde, pois a gestão dos estabelecimentos penais era – e é – uma atribuição do Departamento Penitenciário Nacional do Ministério da Justiça (DEPEN-MJ). Tal encargo, dentro do Ministério da Saúde (MS), ficava por conta do setor de saúde penitenciária, autorizado a agir neste sentido a partir de uma portaria “interministerial” (entre o MS e o MJ), tornando-se uma área eminentemente “intersectorial” neste sentido. Como disse no início deste tópico, uma área ambígua e que lida com dados confusos, as pessoas em cumprimento de medida de segurança não só permanecendo em uma situação limítrofe no campo científico e assistencial, entre a psiquiatria e o direito, entre os “psicopatas” e os “doidinhos”, no manicômio judiciário (Carrara, 1998), como também no campo estatal e administrativo.

Além disso, quando retomamos através do estudo de Vianna (2002) o conjunto de populações sob o estatuto de tutela no código civil republicano, “mulheres casadas”, “menores” e “loucos de todo gênero” entre outros, notamos uma grande semelhança entre essas populações tuteláveis e as populações vulneráveis do departamento no interior do qual o setor de saúde penitenciária se localiza. Exceto a população carcerária, as pessoas privadas de liberdade, embora os mesmos se encontrem sob a “custódia” do Estado enquanto estiverem reclusos nas UPs.

### 3. Categorias Governamentais

O título deste artigo, na forma “de... a”, sugere uma ordem cronológica entre os dois termos, a expressão louco infrator (LI) aparecendo primeiro no tempo que pessoa portadora de transtorno mental em conflito com a lei (PPTCL). O Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator no Estado de Goiás (PAILI) parte de uma iniciativa do Ministério Público deste estado na década de 90 e alcança oficialidade – a promulgação de uma portaria governamental – em 2006 (Portaria no 019 / 2006 – GAB / SES), enquanto a expressão PPTMCL faz parte do esforço empreendido por uma pesquisadora para fazer chegar ao campo da saúde mental as contribuições de outros dois campos de saber, a bioética e o biodireito (Musse, 2008: 146), 3 anos depois sendo incorporada ao parecer da Procuradoria dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal sobre a questão da medida de segurança como

terminologia mais apropriada para se referir à população reclusa em HCTP (MPF, 2011: 10). Ou seja, segundo os documentos consultados, a expressão LI é de uso oficial a partir de 2006, enquanto a PPTMCL a partir de 2011, sendo que a gênese da segunda diz respeito ao resultado de pesquisas científicas sobre ética, direito e medicina, já sobre a primeira não foram encontrados elementos suficientes para tal localização até o momento.

O PAILI-GO foi criado também a partir da supervisão de outro programa governamental, cuja nomenclatura adotada para se referir ao seu público-alvo era diferente, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário portador de transtorno mental (PAIPJ), do município de Belo Horizonte-MG, instituído através de portaria governamental no ano de 2001 (Portaria conjunta no 25 / 2001). Entretanto, o PAILI é um programa que funciona no setor saúde do Executivo, o PAIPJ no setor justiça do Judiciário, o PAILI em um estado no qual não há HCTPs e o PAIPJ em um no qual há 3.

Depreende-se do estudo de Castro (2009: 95-98) uma diferença entre esses dois programas que nos é relevante destacar: entre a população e o estabelecimento visado. O PAILI tem como incumbência o atendimento de dois tipos de pessoas: as “portadoras de transtorno mental submetidas à medida de segurança”, fora do sistema prisional em um estado sem HCTPs; as que “manifestarem sofrimento mental no transcurso da execução penal”, já dentro das UPs, cumprindo pena privativa de liberdade, portanto. O PAIPJ tem como objetivo dois outros tipos de pessoas: “assistir aos infratores com suspeita de insanidade mental ou que já estejam cumprindo as chamadas “medidas de segurança”, ou seja, antes mesmo de aplicada a medida de segurança a pessoa já pode se tornar uma população-alvo para o PAIPJ, mas não do PAILI, embora se já tiver sido julgada e condenada a uma pena privativa de liberdade e permanecer recluso em um UP pode o ser pelo PAILI e não pelo PAIPJ.

Além disso, mesmo após um programa municipal – PAIPJ – usar o termo “paciente judiciário portador de transtorno mental” para se dirigir às pessoas em cumprimento de medida de segurança, a expressão adotada pelo programa estadual – PAILI – foi LI. Segundo Carneiro (2011: 27), o termo “pacientes judiciários” foi utilizado pela primeira vez em 2000 por uma pesquisadora para se referir “...às pessoas que cometeram ato homicida e cuja internação ocorreu por ordem judicial”, em 2010 passando a corresponder a “todo indivíduo que responde por algum processo criminal e que em algum momento se apresenta em situação de sofrimento psíquico”.

(Resolução no 633 / 2010, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais). Em outras palavras, o termo está sendo utilizado para um fim que extrapola aquele para o qual foi criado, o uso atual dirigindo-se para mais pessoas e situações do que o inicial, chegando mesmo a incluir pessoas às quais não foi aplicada a medida de segurança.

O PAIPJ inspirou outros programas voltados para a população submetida a medida de segurança no país, embora entre eles apenas o PAILI tenha sido oficializado através de portaria governamental. Em 2002 um “projeto de ressocialização” com “pacientes masculinos com transtornos mentais psiquiátricos jurídicos” começou em Brasília-DF (Castro, 2009: 99) e desde 2010 está sendo elaborado o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Autor de Ato Previsto como Criminoso (PAIPAC) no estado do Espírito Santo, também inspirado no PAIPJ-MG. Mais recentemente ainda, em 2013, o governo federal adota a terminologia “paciente judiciário” cunhada em âmbito municipal, para estimular a instalação de Núcleos de Atenção Integral ao Paciente Judiciário em todo o território nacional, em convergência com resoluções de dois órgãos do setor justiça: o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária / CNPCP e o Conselho Nacional de Justiça / CNJ.

Dito de outro modo, “paciente judiciário” se consagrou como termo apropriado para se referir à população em cumprimento de medida de segurança em âmbito federal, alcançando esta esfera governamental do Poder Executivo que induz estados e municípios da federação a criar programas para garantir o direito à saúde da população; termo PPTMCL também, mas em órgão fiscalizador e não executor deste mesmo Poder, enquanto LI manteve-se em âmbito estadual. Muitos outros termos foram utilizados para se referir a esta parcela da população ao mesmo tempo carcerária e psiquiátrica, no censo psicossocial em um HCPT carioca por exemplo, visando subsidiar o atendimento do dito “portador de transtorno mental infrator” (Kolker et al., 2009), ou ainda “pessoas com transtorno mental autoras de delitos” (Correia, 2007), para se referir aos “internos em HCTP” no sentido de uma luta em defesa de seus direitos humanos. Algumas expressões pretendem se referir a todos aqueles reclusos nos HCTPs, outras a todos os que estão cumprindo medida de segurança, sendo que há termos inclusive para quem se encontra em etapa do incidente de sanidade mental – “em sofrimento psíquico”, não necessariamente tendo recebido um diagnóstico de “transtorno mental”.

Tabela Única – Categorias governamentais para designar a população submetida à medida de segurança no Brasil		
EXPRESSÃO	DOCUMENTO	ANO
Paciente Judiciário	Estudo de V. Costa	2000
	Portaria municipal – Belo Horizonte – MG	2001
	Resoluções de Conselhos	2010
	Minuta de portaria federal – Ministério da Saúde	2013
Louco Infrator	Portaria estadual – Goiás	2006
	Estudo de U. Castro	2009
Pessoa Portadora de Transtorno Mental em Conflito com a Lei	Estudo de L. Musse	2008
	Parecer do Ministério Público Federal	2011

É importante destacar que todo esse conjunto de expressões oficializadas nos programas e no parecer citado acima emergem no contexto da promulgação da Lei no 10.216 / 2001, conhecida como Lei Antimanicomial, cuja expressão para se referir à população psiquiátrica é “pessoa portadora de transtorno mental”. Esta lei dispõe sobre a assistência psiquiatria nacional, no sentido de modificar o principal instrumento até então em vigor para lidar com tal parcela da população, já que a internação tornou-se um procedimento terapêutico secundário – “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” – e mesmo proibido em alguns casos – “vedada... em instituições com características asilares”. Essa Lei também contribuiu para uma modificação no termo para se referir aos que anteriormente eram designados “alienados” – Decreto 1.132, de 22 de dezembro de 1903 – ou mesmo “psicopatas” – Decreto 24.559, de 3 de julho de 1934 – e ainda “doentes mentais” – Decreto 3.138, de 24 de março de 1941. A expressão adotada na referida Lei está em convergência com tratados internacionais de proteção dos direitos humanos de “pessoas com deficiência” da Organização das Nações Unidas / ONU e também com o penúltimo código internacional de classificação psiquiátrica – o DSM IV – sobre os “transtornos” e não mais “doenças” mentais.

Das considerações de Castro (2009: 88) sobre a criação de uma enfermaria no Hospício Nacional dos Alienados destinada ao que ele designa geralmente de “loucos infratores”, mas também de “pacientes delituosos”, destaco o artigo 11 do referido Decreto no 132 / 1903, no qual consta que “enquanto os Estados não possuírem manicômios criminais, os alienados delinqüentes e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos ou nos pavilhões que especialmente lhes reservem”. Ou seja, “alienado delinqüente” já foi adotada em outro momento histórico para se referir aos ditos “loucos infratores” segundo o autor.

Já Barros-Brisset (2011), em sua genealogia do conceito de periculosidade, aponta alguns autores e termos que colaboram para sedimentar a perspectiva segundo a qual as pessoas em cumprimento de medida de segurança são “intrinsecamente perigosas”. A mania sem delírio de P. Pinel foi um marco em 1800, seguindo-se a ela a monomania homicida de Esquirol (1810-1835), os degenerados de Morel (1857) e o criminoso nato de Lombroso (1876), ou o demente, o degenerado e o delinqüente como “outros” dos ditos “loucos criminosos” (Barros-Brisset, 2011: 46).

A dificuldade apontada para nomear essa população ao mesmo tempo psiquiátrica e carcerária em âmbito estatal na passagem do século XX para o XXI, ora designando as pessoas em cumprimento de medida de segurança de “louco infrator” ora de “paciente judiciário” e até mesmo de “pessoa portadora de transtorno mental em conflito com a lei”, não pode ser considerada propriamente contemporânea, já que “alienado delinqüente” era uma expressão oficial para se referir a eles na passagem do século XIX para o XX, a mesma também sendo ambígua e dúbia. Mas elas são distintas de expressões unívocas, tais como degenerados já sinalizada por Carrara (1998) e também monomaniacos apontada por Foucault (1977) para se referir à gênese dos ditos loucos criminosos no início do século XIX.

Embora não tenha encontrado elementos para realizar a genealogia da noção de LI como o fizemos para PPTMCL e também paciente judiciário, devo dizer que aparentemente ela é a mais regularmente acionada para se referir às pessoas em cumprimento de medida de segurança em âmbito governamental. O próprio programa governamental precursor do atendimento a essas pessoas no país, o PAIPJ-MG, não usava LI para se referir às mesmas e sim paciente judiciário, embora em sua última publicação passe a condensá-las na expressão “Programa de Atendimento Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator”.

#### 4. Processos de Vulnerabilização

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi instituído em 2003 após iniciativa do setor de HIV/AIDS do Ministério da Saúde em 1995, o mesmo tendo incluído os ditos “detentos” entre as ditas à época “populações de risco”, junto com os (as) também designados (as) à época “homossexuais” e “prostitutas” (BRASIL, 2010: 11). Assim, no âmbito da elaboração de políticas públicas de saúde para a população carcerária, a mesma passou de “população de risco” em 1995 para “população vulnerável” em 2003.

Este Plano contemplava apenas uma parcela da população carcerária, aquela já julgada e condenada – reclusas nos 4 tipos de UPs descritos anteriormente – e chamada população penitenciária, não estendendo suas ações para a detida em cadeias, delegacias e distritos policiais. O Plano previa ações para lidar com hepatites, hanseníase e outras doenças infecto-contagiosas, como também para diabetes, hipertensão e outras doenças crônico-degenerativas, mas os eventos e reuniões organizados com maior regularidade eram voltados para duas doenças infecto-contagiosas: tuberculose e as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas HIV/AIDS. Além destas tendências no sentido de privilegiar certas parcelas da população carcerária e dos problemas de saúde no delineamento das prioridades de ação governamental, outros enquadramentos na abordagem do público-alvo do Plano eram presentes quando atuava no setor de saúde penitenciária do Ministério da Saúde.

O Plano era voltado para 3 tipos de UPs: masculinas, femininas e psiquiátricas. Embora a grande maioria das pessoas privadas de liberdade fosse do sexo masculino e apenas 7% do sexo feminino, o número destas estava aumentando progressivamente no sistema prisional nos últimos anos e algumas pesquisas apontavam para uma estreita relação entre este aumento e o envolvimento de mulheres no tráfico de drogas, por vezes considerando mesmo que elas se encontravam nas prisões em grande parte por conta dos seus parceiros: ora por portar drogas ilícitas em visitas aos mesmos na prisão, ora por transportá-las, entre outras possibilidades (Santa Rita, 2009). Sem falar nas mães e seus bebês e crianças no sistema prisional, também objeto de uma atenção cada vez mais intensa por parte do poder público, a população do sexo feminino reclusa nas prisões recentemente incluídas na Rede Cegonha, programa do governo federal com a função de garantir os direitos das gestantes à atenção integral em saúde. Os estudos da área de saúde

penitenciária no país geralmente eram de cunho quantitativo e realizados em UPs masculinas, destacando regularmente a incidência de doenças infecto-contagiosas, sendo que os estudos qualitativos, em menor número, aconteciam principalmente nas UPs femininas (GOIS et al., 2012: 1243). O primeiro estudo epidemiológico de âmbito nacional sobre a população prisional, em curso, também será exclusivamente nas UPs femininas. Do mesmo modo que Sarti et al. (2006) notaram em relação a outro programa governamental, a identificação de uma dada população beneficiada como vítima ou agressor estava condicionando a oferta de atendimento em saúde às mesmas; da mesma maneira que um homem teria dificuldade no acesso às ações de atendimento à violência sexual por ser visto mais como agressor do que como vítima, assim também o seria com relação às ações e serviços de saúde no sistema penitenciário, muito embora representasse a maior parcela da população-alvo.

Grosso modo, tanto entre os pesquisadores quanto entre os gestores, procurava-se gerar um censo quando em uma unidade psiquiátrica dentro do sistema prisional, um estudo quantitativo nas masculinas e um estudo qualitativo quando nas femininas, ou ainda, ainda de modo mais simplificador: os portadores de transtorno mental são recenseados para subsidiar futuras ofertas de tratamento, os homens contados para debelar possíveis epidemias e as mulheres escutadas para se compreender como chegaram ali. Embora representassem a maior parcela da população carcerária, os reclusos em UPs masculinas não pareciam ser o principal foco das atividades da gestão federal em saúde e quando o eram para os pesquisadores de saúde penitenciária tratava-se apenas de produzir dados quantitativos que reafirmavam a alto grau de superlotação a insalubridade das prisões. Aparentemente, os reclusos em UPs psiquiátricas e as reclusas em UPs femininas se prestavam mais à atribuição de “populações vulneráveis” do departamento no qual o setor de saúde penitenciária funcionava, como se estivessem injustamente no sistema prisional, seja porque aos primeiros não tinha sido aplicado o regime ambulatorial da medida de segurança e sim o hospitalar, seja porque as segundas tinham cometido a infração em circunstâncias nas quais a influência dos parceiros sobre seu ato era inegável.

Às vezes a população masculina e a feminina se encontravam na mesma UP sem que isso fosse considerado ilegal, como no caso da “... ATP [ala de tratamento psiquiátrico] localizada no interior de uma penitenciária feminina de Brasília.” (Castro, 2009: 99). Visto isoladamente esse fato nada esclarece sobre os processos de vulnerabilização das pessoas privadas de liberdade de que estamos falando, mas

considerando esse conjunto de informações apresentado acima ele sugere que quando a população reclusa em uma UP masculina se tornava psiquiátrica a mesma outro estatuto no interior da dinâmica institucional, autorizando a permanência dentro de uma UP feminina. Aparentemente, pessoas portadoras de transtorno mental e do sexo feminino não só eram consideradas diferentes daquelas do sexo masculino a ponto do sistema prisional operar com a distinção entre UPs masculinas, femininas e psiquiátricas, mas elas podiam ser mesmo agregadas na mesma UP por serem consideradas igualmente vulneráveis quando em comparação com as últimas. Isto apesar de dados do recente censo nacional dos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico:

Seja porque o louco se mantém em casa e não reconhece a rua como seu espaço de sociabilidade, seja porque a casa é um espaço de risco, é na família que se concentram os homicídios (49% do total). E, apesar de as mulheres serem uma minoria ainda mais silenciada nesse universo de anônimos (há uma mulher para cada doze homens), elas cometem mais homicídios que os homens, e suas principais vítimas são os filhos (24% das vítimas dos homicídios cometidos por mulheres). A casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo. Primordialmente, é o Estado quem deve tomar para si o dever de cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais. (Diniz, 2013: 16)

Ou seja, ao contrário da tese repetidamente apresentada em eventos sobre as pessoas reclusas em HCTPs no país, segundo a qual muitos tinham sido internados por crimes banais (como “roubar uma bicicleta”), os crimes contra a vida predominam entre os mesmos. Além disso, as pessoas reclusas em HCTP do sexo feminino cometem mais homicídios do que as do sexo masculino. Essa relação entre gênero, crime e loucura ainda é algo que merece uma análise mais cuidadosa, aqui sendo possível apenas afirmar que os processos de vulnerabilização em curso no âmbito das políticas públicas de saúde voltadas para pessoas privadas de liberdade envolvem uma vitimização de certas parcelas da população carcerária, reclusas em UPs femininas e psiquiátricas. Além disso, a própria inclusão do Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome junto com os da Saúde e da Justiça em um grupo interministerial para criar uma Política de Saúde no Sistema Prisional em substituição



ao Plano em vigor (Portaria Interministerial 1.679 / 2013) é outro elemento que reafirma a centralidade da categoria “vulnerabilidade” no entendimento contemporâneo da população carcerária, já que vulnerabilidade e risco são as categorias através das quais o Sistema Único de Assistência Social / SUAS opera, diferentemente de cuidado e tratamento como o SUS e proteção e segurança como o Sistema Penitenciário.

Entretanto, este entendimento de parcelas da população carcerária como particularmente vitimizadas na elaboração de políticas públicas no governo federal e da própria população carcerária como atravessada por processos de vulnerabilização no cenário brasileiro atual não corresponde a uma perspectiva global. Recente publicação sobre saúde mental e direitos humanos não inclui as pessoas em cumprimento de medida de segurança no tópico exclusivamente sobre “populações vulneráveis” (Dudley et al., 2012), apenas as crianças, as mulheres, as pessoas com deficiência e as dependentes de drogas, dentre estas últimas as que se encontram no sistema prisional por terem feito uso de drogas ilícitas.

## 5. Considerações Finais

No contexto da formulação de políticas públicas de saúde após a Constituição Federal de 1988, uma série de expressões são cunhadas para designar as populações-alvo das mesmas. Muitas dessas reformulações terminológicas acontecem em torno do fenômeno do confinamento, atravessando setores variados do Poder Executivo, com o intuito de des-estigmatizar e des-institucionalizar os ditos “perigosos” e cada vez mais considerados “vulneráveis”, como os geralmente ainda designados LI mas cada vez mais “pacientes judiciários” no cenário do governo federal, PPTMCL com menor frequência. Com base nas contribuições de alguns autores que se debruçaram sobre o Estado de uma perspectiva sócio-antropológica, como P. Bourdieu e particularmente sua noção de nomeação oficial, bem como M. Douglas e especialmente suas considerações sobre o modo pelo qual as instituições produzem e operam classificações, realizamos uma análise acerca das categorias governamentais para designar populações nos setores da saúde e justiça.

Deste modo, considero que os nomes através dos quais são designadas as populações no âmbito da formulação de políticas públicas, não só as práticas no âmbito da implantação da mesma, têm grande relevância para o entendimento do

fenômeno do confinamento. Assim, do mesmo modo que a “pessoas portadoras de transtorno mental” já foram designadas “alienados” e “psicopatas” em leis anteriormente sancionadas acerca da assistência psiquiátrica, muitas vezes sendo chamadas de “doidas” e “malucas” fora deste âmbito legal, recentemente os ditos “loucos infratores” passaram a ser nomeados “pessoas adultas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei” neste terreno jurídico, fora do mesmo e especialmente na mídia ainda sendo consideradas “bestas feras”. Desta maneira, mais do que algozes e incluídos entre os infratores, essas pessoas portadoras de transtorno mental se tornam vítimas e foram inseridas entre outros segmentos sociais ditos “vulneráveis”, adquirindo assim um lugar simbólico mais favorável no setor saúde para se beneficiar da oferta de ações e serviços. Assim também se considera que os “presos” e “apenados” que devem receber assistência à saúde segundo a Lei de Execução Penal / 1984, paulatinamente sendo nomeados “pessoas privadas de liberdade” no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / 2003, de algozes – autores de delitos, alvo de castigo – migrando para o lugar social de vítimas – privados de liberdade, privados de direitos, inclusive do direito à saúde.

## 6. Referências Bibliográficas

BARROS-BRISSET, Fernanda. Editorial. *Responsabilidades*: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2011. v. 1, n. 1 (mar./ago. 2011). pp.11-19.

BARROS-BRISSET, Fernanda. Genealogia do conceito de periculosidade. *Responsabilidades*: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2011. v. 1, n. 1 (mar./ago. 2011). pp. 37-52.

BOURDIEU, Pierre. Espíritos de Estado: gênese e estrutura do campo burocrático. In: *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papyrus, 1996 [1994]. pp. 91-135.

BOURDIEU, Pierre. Descrever e Prescrever: as condições e os limites da eficácia política. In: *A Economia das Trocas Linguísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: EDUSP, 2008 [1982]. pp. 117-126.

BRASIL. Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CARNEIRO, Herbert. A dignidade dos cidadãos inimputáveis. *Responsabilidades*: revista interdisciplinar do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário - PAI-PJ. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, 2011. v. 1, n. 1 (mar./ago. 2011). pp. 23-34.

CARRARA, Sérgio. Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro / São Paulo: EDUERJ / EDUSP, 1998.

CASTRO, Ulysses. Reforma Psiquiátrica e o Louco Infrator: novas idéias, velhas práticas. Brasília: Hinterlândia Editorial, 2009.

CORREIA, Ludmila et al. Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos. *Cadernos de Saúde Pública*. 23 (9): 1995-2012, set, 2007.

DINIZ, Debora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. Brasília: LetrasLivres / EDUNB, 2013.

DOUGLAS, Mary. Pureza e perigo. São Paulo: Perspectiva, 2010 [1966].

DOUGLAS, Mary. As instituições operam a classificação. In: Como as instituições pensam. São Paulo: EDUSP, 2007 [1986]. pp. 97-114.

DUDLEY, Michael et al. Mental health and human rights: vision, praxis and courage. Oxford: Oxford University Press. 2012.

ELIAS, Norbert. Processos sociais. In: NEIBURG, Federico e WAIZBORT, Leopoldo. *Escritos & Ensaio 1: Estado, processo, opinião pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. p. 27-33.

FOUCAULT, Michel. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GOFFMAN, Erving. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books, 1961.

HERTZ, Robert. A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa. *Religião e Sociedade*, no 6, 1980 [1909]. p. 99-128.

HUNT, Lynn. A invenção dos direitos humanos: uma história. São Paulo: Companhia das Letras. 2009 [2007].

KOLKER, Tania et. al. *A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: proposta para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01*. In: <http://www.carceraria.com.br/pub/publicacoes/86ac935a4e8b281472b8a8a97c7e2bd2.216> Acesso em: 03 mar 2009.

KOLKER, Tania e DELGADO, Pedro. Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator no cenário da Reforma Psiquiátrica. *Psicologia Clínica (PUCRJ. Impresso)*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 167-181, 2003.

- LIMA, Antonio. Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1995.
- LIMA, Antonio e CASTRO, João. Política(s) Pública(s). In: Pinho, Osmundo & Sansone, Livio (orgs.) Raça: novas perspectivas antropológicas. Salvador: ABA/EDUFBA, 2008. pp. 351-391.
- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL / Procuradoria dos Direitos do Cidadão. Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216 / 2001. Brasília-DF: PFDC / MPF, 2011.
- OLIVEIRA, Ana. O Buraco Negro do Ser: O Manicômio do Vazio – A (Des)Estrutura dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil [dissertação]. Brasília (DF): Programa de Mestrado em Ciência Política, Centro Universitário UNIEURO, 2009.
- SANTA RITA, Rosângela. Criança em ambiente penitenciário: uma análise da experiência brasileira. Voxjuris, ano 2, v. 2, n. 1, 2009. p. 203-220.
- SARTI, Cynthia et al. Violência e gênero: vítimas demarcadas. Physis. Vol.. 16. n. 2, 2006. p. 167-183.
- SARTI, Cynthia. Corpo, violência e saúde: a produção da vítima. Sexualidade, saúde e sociedade. n.1, 2009. pp.89-103.
- SILVA, Martinho. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 14. n. 1. Rio de Janeiro, 2009. pp. 149-158.
- SILVA, Martinho. O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO. Physis. 2010, vol.20, n.2, pp. 653-682.
- SILVA, Martinho. O debate sobre as drogas no Congresso Nacional: descrição e análise quantitativa das propostas legislativas da 53ª Legislatura. In: Delduque, Maria Célia e Romero, Luiz Carlos. (orgs.) Produção normativa em saúde: políticas setoriais e regulação. Brasília: Senado Federal, 2012. pp. 283-294.
- VIANNA, Adriana. Os limites da menoridade: tutela, autoridade e família em julgamento [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional; 2002.