

Universidade de Brasília
Instituto de Ciência Política

Zefinha, aquela que não pode retornar
Reflexões sobre periculosidade, saúde mental e sistema penal

Autor: Marcelo Caetano da Costa Zoby
Orientador: Pablo Holmes
Coorientadora: Debora Diniz
Monografia de Conclusão do Curso de Ciência Política
Brasília, Dezembro de 2015

Marcelo Caetano da Costa Zoby

Zefinha, aquela que não pode retornar
Reflexões sobre periculosidade, saúde mental e sistema penal

Monografia apresentada ao curso de Ciência Política,
do Instituto de Ciência Política da Universidade de
Brasília para obtenção de título de Bacharel.

Orientador:
Prof. Dr. Pablo Holmes
Coorientadora:
Prof. Dra. Debora Diniz

Brasília
DEZEMBRO DE 2015

Este trabalho é dedicado a todos aqueles que, em razão de suas próprias condições de existência, nunca puderam chegar até aqui.

Agradecimentos

Agradeço a todos que acreditaram que era possível ser eu e chegar até aqui.

Agradeço aos meus amigos da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Paraná, por todo o apoio e suporte quando essa jornada mal havia começado; aos amigos do Serviço de Assessoria Jurídica Universitária Popular – SAJUP e do Partido Acadêmico Renovador - PAR por terem me apresentado ao sonho de uma universidade do povo e para o povo.

Agradeço aos amigos que me acolheram em Brasília e fizeram dessa cidade de curvas estranhas um lugar com jeito de casa. Meus agradecimentos para João Vinicius Marques, por todas as coisas que só a gente sabe, e André Zanardi, pelo afeto, mesmo quando sob protestos.

Agradeço àqueles que se fizeram cúmplices de jornada, na academia e na vida. Camilla Magalhães, Sinara Gumieri e Júlia Freire, por sermos maiores do que esses muros. Meu muito obrigado aos companheiros dos coletivos Ocupação Negra e GEAC, por partilharem as dores e alegrias da pele preta; em especial, para Marcos Queiroz e Vítor Salazar, por todas as trocas e resistências.

Agradeço à Mel Bleil Gallo, pelo amor e pela paciência, e ao Gustavo Belisário, por acreditar quando nem eu acreditava: talvez, eu tivesse feito isso sem vocês, mas fico feliz de não ter precisado. Aos amigos Priscilla Brito, por se fazer tão perto mesmo com a distância, Vítor Dads Martins, pelo companheirismo e ótimas piadas, e Catarina Correa, por me ensinar sobre a amizade.

Agradeço à Juliana Lopes, por ter aceitado se aventurar comigo nesse crime de lesa-vida que é o amor.

Agradeço ao professor Pablo Holmes, por toda a confiança, e à professora Debora Diniz, pela compreensão e aprendizados partilhados nesses anos de encontro.

Sumário

Introdução.....	6
1. Sobre a periculosidade.....	9
1.1 Das emergências.....	10
1.2 Das condições de existência.....	12
1.3 Da coisa em si.....	14
1.4 Dos que se dobram.....	18
2. Sobre a Reforma Psiquiátrica.....	20
2.1 Dos caminhos.....	20
2.2 Da reforma.....	23
3. Sobre Zefinha.....	23
3.1 Das histórias.....	23
Considerações finais.....	35
Bibliografia.....	38

INTRODUÇÃO

Este trabalho, realizado a partir de um estudo de caso, busca apreender as questões envolvidas na construção e operação do conceito de periculosidade pelo sistema penal. Investigando o processo judicial e o dossiê de Josefa Mariano da Silva, conhecida como Zefinha, procuramos articular o conteúdo dos discursos que ali se revelam com conceitos que permitam uma reflexão crítica sobre o fenômeno do perigoso.¹ Interrogando o arquivo, o que queremos confrontar é a engenharia do poder e seus processos de subalternização e controle de determinados corpos no local de imbricamento entre a loucura e o crime.

De início, cabe-nos dizer que, ao longo deste trabalho, Zefinha será assim identificada: pelo seu próprio nome. Reconhecemos e estamos cientes das normas éticas que regem a pesquisa acadêmica, e não pretendemos estabelecer uma ruptura. Na verdade, o ato de revelar o nome coloca-se como a concretização da responsabilidade ética, na medida em que nomear é fazer existir. Os mais de 35 anos de internação reduziram a existência de Zefinha ao abandono e confinamento, sua trajetória é o concreto das violações aos direitos mais fundamentais. Dizer seu nome é problematizar os mecanismos que produzem tais condições de vida.

A ideia da confidencialidade e do anonimato buscam proteger o sujeito do uso indevido de suas informações, sempre com a responsabilidade de ponderação dos riscos (BRASIL, 2012). Entendemos, porém, que a responsabilidade maior aqui é justamente elucidar os poderes que colocam Zefinha como vítima de uma grave violação. Assim, entendemos que surgem

dois falsos pressupostos no dever da confidencialidade pela anonimização de Zefinha: o de que nomeá-la lhe causaria dano e o de que identificá-la violaria sua intimidade. O anonimato sobre a mulher abandonada há mais tempo em um manicômio judiciário no Brasil não protegeria aquela que vive esquecida, mas os poderes que permitiram

¹ Como aponta Debora Diniz, coordenadora da pesquisa que coletou os documentos aqui em questão, “o dossiê de um habitante de manicômio judiciário é a unidade documental de um tipo específico de arquivo: uma peça híbrida que atende a duas ordens de saber e poder, o penal e o psiquiátrico. O dossiê é um conjunto de documentos que descreve e justifica a necessidade da internação” (2015, p. 2668).

sua existência

Zefinha será, então, Zefinha, por entendermos que nossa responsabilidade ética aqui se cumpre justamente no ato de nomear e fazê-la aparecer em sua própria história, denunciando a violência de quase 40 anos de cárcere.

Segundo dados do estudo censitário “A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil” (DINIZ, 2013), em 2011, havia 3.989 pessoas vivendo em Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (ECTP). Deste total, 18 encontravam-se internados há mais de 30 anos. Zefinha faz parte desse pequeno grupo que representa 0,5% da população do censo. Do que se sabe, é a mulher há mais tempo internada em um ECTP. Diante da vedação constitucional a penas de caráter perpétuo², o Supremo Tribunal Federal já consolidou entendimento que aplica, analogicamente, o limite de 30 anos ao cumprimento das penas privativas de liberdade também ao cumprimento das medidas de segurança (BRASIL, 2005b).

Atrás dos muros, no entanto, o cárcere permanece perpétuo para alguns. O argumento que permite tal prática fundamenta-se na noção de periculosidade, que, na lógica dos Código Penal e de Processo Penal, pode ser definida como “um *estado de antisociabilidade* que permite realizar um *juízo de probabilidade de delinquência futura* baseado nos déficits psíquicos do periciando” (CARVALHO, 2013, p.502, grifos no original). Imperioso acrescentar que o conceito surge no campo jurídico quando o controle dos indivíduos já não pode mais ser mantido apenas a partir do poder judiciário; é preciso uma rede de poderes e instituições que garanta esse controle (FOUCAULT, 1974).

É no cruzamento entre loucura e crime que Direito e Psiquiatria se encontram. Nas práticas judiciais, o que diz o psiquiatra assume *status* de verdade, em razão da posição de especialista que é ocupada pelo perito (FOUCAULT, 2001). Segundo a legislação penal brasileira, não há limitação temporal às medidas de segurança, que podem perdurar enquanto não houver a cessação da periculosidade (BRASIL, [1940]2005a). Ao *expert* cabe, então, verificar se a periculosidade permanece. Em caso afirmativo, está dado o argumento para que o juiz decrete a internação, ou sua continuidade.

² Art.o 5o, XLVII, b expressa:

Nesse sentido, este trabalho tem o objetivo de refletir sobre como o dispositivo da periculosidade é articulado e operacionalizado pelo saber que se inscreve entre Direito e Psiquiatria, investigando o discurso médico-jurídico que legitima a categoria de perigoso. Com isso, o que se quer é enfrentar o exercício da justiça penal, compreendendo e problematizando um de seus conceitos mais fundamentais.

Para isso, este trabalho se dividirá em 3 capítulos. No primeiro, abordamos a própria definição da periculosidade e seus significados como mecanismo de disciplina e controle (cf. FOUCAULT, 2005), por meio da articulação com a concepção de precariedade apresentada por Judith Butler (2015). Em um outro momento, trata-se de apresentar o poder que se constitui da intersecção entre o saber jurídico e o saber psiquiátrico, situando o local que produz e reproduz as regras do perigo.

O segundo capítulo diz respeito às mudanças empreendidas a partir do movimento de luta antimanicomial, destacando a construção de um discurso que reivindica a cidadania do louco e seu lugar como titular de direito. O ponto central gira em torno da Lei 10.216/2001 e as transformações que esta provocou no campo da Saúde Mental. Tendo a Constituição de 1998 como norte, aponta-se os limites do proposto redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no que concerne ao louco-infrator.

Por fim, o terceiro capítulo discorre e explora, a partir das reflexões já discutidas nos capítulos anteriores, o exercício concreto e cotidiano do poder de punição que se legitima na periculosidade. É por meio da análise dos exames que se torna possível apreender as lógicas de poder que operam a engenharia do perigo. Descortinando os arquivos de Zefinha, expomos o funcionamento de uma economia do poder de punir que se organiza para promover a disciplina e a defesa da sociedade mais do que para combater o crime, como se poderia esperar.

CAPÍTULO I – Sobre a periculosidade

Todos os seres humanos são precários. Somos precários pois nossa existência como humanos depende, sempre, de um corpo. O que entendemos como humano só pode ser concebido a partir da materialidade de um corpo humano. É o corpo, então, a fronteira concreta que delimita o que é um ser humano. Esse corpo é bastante frágil, é categoricamente destinado ao fim, tem necessidades básicas para se manter existindo, alimentação, habitação, higiene, bem-estar. É essa fragilidade que nos faz precários, a possibilidade de que nossos corpos não tenham à disposição condições mínimas de subsistência. Mas é preciso ter em conta que essas condições são distribuídas a partir de lógicas de poder, em que determinados corpos recebem maiores condições, enquanto outros não. Mais do que isso, é preciso dizer que alguns corpos não importam o suficiente para que sequer seja direcionada uma preocupação específica em relação às suas necessidades e sua precarização.

Nos autos do processo de Zefinha, constam 8 exames de cessação de periculosidade, realizados entre Março de 1983 e Agosto de 2011. Assinado sempre por dois médicos psiquiatras e pelo Diretor-Geral do manicômio judiciário, todos os laudos confirmaram um mesmo diagnóstico psiquiátrico: esquizofrenia paranóide, o que por si só não diz da infração cometida nem da periculosidade. Como afirma Diniz (2013), não se pode estabelecer uma vinculação direta entre diagnóstico e infração penal, assim como “não há periculosidade inerente aos diagnósticos psiquiátricos” (p. 15). Há referência direta à periculosidade em metade dos laudos, mas todos eles estabelecem a impossibilidade de retorno ao convívio social e concluem pela manutenção da internação.

Dessa forma, Zefinha é vista como uma pessoa perigosa, cuja liberdade constituiria-se como ameaça para a sociedade. A internação, nesse sentido, “promove a exclusão em nome da defesa social centrada no conceito de periculosidade presumida” (JACOBINA, 2008, p. 22). Trata-se do processo de interdição da circulação de um corpo pelos espaços de convivência social. Como a existência perigosa de Zefinha se concretiza por meio de seu corpo, ele passa a ser isolado institucionalmente, deflagrando mais de 35 anos de confinamento em um manicômio judiciário.

Das emergências

A loucura como objeto, como hoje é concebida, só se tornou possível pela prática do encarceramento, sustentada discursivamente pela psiquiatria; “é o hospício que produz o louco como doente mental” (FOUCAULT, 1979, p. XIX). A segregação nem sempre foi a regra no trato da loucura. É no século XVII que o internamento passa a ser usado como estratégia política de controle, tendo como alvo os pobres, os criminosos, os inválidos, os velhos, as prostitutas, os loucos, aqueles sujeitos entendidos como desviantes de uma ordem moral e social (FOUCAULT, 1997).

Porém, “o enclausuramento não possui, durante esse período, uma conotação de medicalização, uma natureza patológica” (AMARANTE, 2013, p. 24). A internação nasceu antes como medida de defesa social do que de tratamento. Seu fundamento não eram as “relações da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo própria” (FOUCAULT, 1975, p. 79). Esse registro é importante para refletir sobre os processos que sintetizam a disputa política para que determinadas vidas sejam apreendidas como vidas. No nosso entendimento, passa justamente por aí o processo de consolidação de uma lei de reforma psiquiátrica que não é operacionalizada para a garantia de direitos do louco-infrator.

Deve-se ressaltar que o espaço dessa *grande internação* que marca a idade clássica “não é um estabelecimento médico. É antes uma estrutura semijurídica, uma espécie de entidade administrativa que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (FOUCAULT, 1997, p. 57). Seguidamente a esse período, desenrolam-se os contextos econômicos, políticos e sociais que inauguram a modernidade: são processos como a Revolução Industrial e a Revolução Francesa que organizam as bases epistemológicas que permitiram a emergência da medicina moderna e, em especial, do saber psiquiátrico. Aqui, passa-se a postular a igualdade formal como um princípio jurídico-filosófico que assume posição central na constituição do Estado moderno e das práticas a ele vinculadas, em especial o Direito moderno.

Essa igualdade é apenas formal, ou seja, “a lei genérica e abstrata, deve ser igual para todos, sem qualquer distinção ou privilégio, devendo o aplicador fazê-la incidir de forma neutra sobre as situações jurídicas concretas e sobre os conflitos interindividuais” (GOMES, 2001, p.2). Coloca-se uma posição que reconhece a igualdade de direitos, mas que ignora a existência de uma economia do poder que controla de que forma se distribui o acesso a esses direitos e que possui, no centro de sua engenharia, as relações que produzem vidas mais ou menos legítimas. Pensando apenas a igualdade perante a lei, não enfrenta-se as estruturas que consideram algumas vidas mais vidas do que outras, pois “o problema não é apenas saber como incluir mais pessoas nas normas existentes, mas sim considerar como as normas existentes atribuem reconhecimento de forma diferenciada” (BUTLER, 2015, p. 20).

É ainda no século XVIII que emerge a sociedade disciplinar, marcada por um poder “que, em vez de se apropriar e retirar, tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (FOUCAULT, 2005, p. 143). A disciplina se constitui, então, como uma tecnologia de poder, que toma o corpo como o objeto do controle e da intervenção do poder; o corpo é “o que deve ser formado, reformado, corrigido, o que deve adquirir aptidões, receber um certo número de qualidades, qualificar-se como corpo capaz de trabalhar” (FOUCAULT, 1974, p. 96).

Como aponta Paulo Amarante (2013), “a partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria – assim como outros saberes do campo social – passa ser um imperativo de ordenação dos sujeitos” (p. 26). Valendo-se de um discurso de neutralidade, a psiquiatria se firma como um conhecimento com status de ciência, com o poder de estabelecer regimes de verdade. No campo do Direito, os dizeres do psiquiatra “são enunciados judiciais privilegiados que comportam presunções estatutárias de verdade, presunções que lhe são inerentes, em função dos que as enunciam” (FOUCAULT, 2001, p. 14). Articulado um discurso que têm sua força enunciativa justamente na inacessibilidade do poder que constitui, é por se afirmar como uma construção discursiva que não admite contestações que a psiquiatria se torna um discurso incontestável. Resta-nos, então, desvendar essa construção discursiva.

Das condições de existência

Corpos não são todos iguais em sua própria constituição; possuem diferentes formatos, condições, cores, tamanhos, capacidades, marcas de origem: diferentes signos que constituem significados diversos nas estruturas sociais. Essas marcas delimitam posições na sociedade, fazendo das vidas mais ou menos precarizadas. Não é a constituição do corpo, *a priori*, que estabelece essas posições; trata-se de uma distribuição social de poder, que se dá desigualmente a partir de distinções que são controladas corporalmente. Tais distinções traduzem-se em subalternidades como resultado da produção e reprodução de saberes, estruturas sociais, sistemas econômicos.

Evidencia-se, então, que os processos de precarização das vidas funcionam a partir de lógicas e esquemas de poder, podendo ser entendidos como uma perene disputa política. O que é colocado em jogo é a própria noção de sujeito. A subjetividade humana está intrinsecamente ligada ao corpo e suas possibilidades de exercício de tal subjetividade. Há corpos considerados mais legítimos do que outros, por serem constituídos de atributos que os garantem um maior reconhecimento de sua subjetividade. Da mesma forma, há corpos cuja dignidade da vida que materializam, sua própria humanidade, é colocada em questão, em razão de um menor reconhecimento atribuído a certos corpos.

A concepção de precariedade neste trabalho é pensada a partir das reflexões de Butler em *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* (2015). Para a autora, “uma vida tem que ser inteligível *como uma vida*, tem de se conformar a certas concepções do que é a vida, a fim de se tornar reconhecível” (p. 21, grifo no original), evidenciando como a própria construção do que é uma vida humana pode ser entendida como uma disputa epistemológica. Assim, entende-se que a compreensão de certos corpos como vidas depende de um enquadramento epistemológico que forneça as condições necessárias para o reconhecimento dessas vidas.

A noção de “enquadramento epistemológico” deve ser pensada a partir das relações de poder que se exercem socialmente; tratam-se de jogos de poder, conformados por condições históricas de emergência, e que geram uma multiplicidade de efeitos

(FOUCAULT, 2007). Entre tais efeitos, a produção de saberes deve aqui ser evidenciada. O saber funda-se em relações de poder, ao mesmo tempo que se constitui também como uma relação de poder (FOUCAULT, 1974). Dessa forma, “não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2005, p.30), entendendo que tais relações se exercem em todas as relações sociais, sempre de forma multidirecional.

Considerando que “a capacidade epistemológica de apreender uma vida é parcialmente dependente de que essa vida seja produzida de acordo com normas que a caracterizam como uma vida” (BUTLER, 2015, p. 16), pode-se dizer que essa capacidade epistemológica é produzida, ou não, pelos diferentes saberes que constituem-se como regimes de verdade. Sendo a verdade o “conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder [...] conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados” (FOUCAULT, 1979, p. 13-14), os regimes de verdade se apresentam como discursos que são operados como verdade, pois sustentados por um poder que produz tais discursos. Um regime de verdade aponta para os processos de constituição, modificação, fomento e produção dos discursos que são tomados como verdade.

O enquadramento epistemológico pode ser, então, pensado como discurso, na medida em que poder e saber são, também, discursos (cf. FOUCAULT, 2009). Há discursos constituídos para promover o reconhecimento de certas vidas em detrimento de outras. Trata-se da produção de “normas que, quando repetidas, produzem e deslocam os termos por meio dos quais os sujeitos são reconhecidos” (BUTLER, 2015, p. 17). Desse modo, as normas estabelecem-se como um produto dos discursos, sempre demarcados em um certo espaço-tempo histórico. São essas normas que engendram processos de etiquetamento e estigmatização, produzindo categorias que definem as possibilidades de vida de certas pessoas, e, inclusive, estabelecendo se essas vidas são possíveis.

Da coisa em si

Na construção discursiva médico-judiciária, a periculosidade

é conceituada como a probabilidade de praticar crimes: na medida em que o indivíduo inimputável cometeu o fato definido como delito, revelou a personalidade perigosa, com propensão para a prática criminosa, o que evidencia a necessidade de tratamento, para fazer cessar a periculosidade e possibilitar ao sujeito o retorno ao convívio social sem oferecer risco à comunidade (de MONTEIRO, 2011, p. 119).

A intervenção executada nos HCTP deveria controlar e extinguir o caráter perigoso do sujeito. Isso não ocorrendo, a possibilidade, dada pela própria existência do perigoso, de que venha a cometer um crime faz-se o fundamento da continuação da internação. Um crime justifica a entrada; uma vez dentro, uma previsão para o futuro justifica que nunca se saia. Aqui, revela-se como “a noção de periculosidade está indissociavelmente ligada a certo exercício de futurologia pseudocientífica” (RAUTER, 1997, p. 71).

O conceito de periculosidade criminal brota do seio da Escola Positiva do Direito Penal, em que se entende o delito como uma própria manifestação da periculosidade; o delinquente, por sua vez, é visto como um portador de anomalias psíquicas (CARRARA, 1998). O crime não é mais uma questão moral, e passa a ser tomado como problema médico e sociológico de modo que os criminosos é que são colocados em questão, e não seus crimes. Nesse sentido, o encarceramento torna-se um instrumento de defesa social, visando à proteção da sociedade, em detrimento da função punitivo-terapêutica proposta pelo Direito Clássico.

Na busca de uma inteligibilidade para o crime, o que se quer é uma forma de justificar o ato; quando não se encontra justificativa – dentro dos marcos de investigação estabelecidos pela razão – resta, então, apenas confirmar a loucura. A psiquiatria do século XIX nos apresenta o crime louco: um crime que não é nada além da loucura, e uma loucura que também não é nada além de crime.

Nesse mesmo contexto, surgem as ideias de Philippe Pinel (1745 – 1826) e sua noção de “alienação mental” como um déficit moral intrínseco, juntamente com a compreensão

de que é necessário um lugar para promover o tratamento dessa alienação. De acordo com essa concepção pineliana, os loucos não seriam delinquentes, sendo, na verdade, doentes, estabelecendo, no entanto, que não se trataria de uma doença como outras, mas, sim, uma que torna os seus portadores suscetíveis à maldade (VENTURINI; CASAGRANDE; TORESINI, 2012). Assim, ainda que esses doentes não possam ser considerados culpados pelas crueldades que venham a cometer, eles carregam em si uma loucura violenta e imprevisível, portanto, perigosa. Se a doença desculpa o crime, a eles não deve ser infligida uma punição, e sim um tratamento, visando, especialmente, ao resguardo da sociedade.

No que se trata da periculosidade, sua operação se dá a partir das construções discursivas da psiquiatria, que, no funcionamento das engenharias de controle do perigo, é regulado pelo perito. O discurso do perito apresenta-se com o poder de “determinar, direta ou indiretamente, uma decisão de justiça que diz respeito, no fim das contas, à liberdade ou à detenção de um homem. (...) são discursos que tem, no limite, um poder de vida e de morte (FOUCAULT, 2001, p. 8).

Deve-se acrescentar que essas formações discursivas são tidas como verdadeiras em razão de seu estatuto de cientificidade, conferido pela própria posição de poder do enunciador. É o lugar de especialista que legitima os discursos do perito, discursos que “funcionam na instituição judiciária como discursos de verdade, discursos de verdade porque discursos com estatuto científico, ou como discursos formulados, e formulados exclusivamente por pessoas qualificadas, no interior de uma instituição” (FOUCAULT, 2001, p. 8).

Na regulação penal brasileira, entende-se que não pode ser punido aquele que comete crime e “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (BRASIL, 2005a, art. 26). Assim, é estabelecida a inimputabilidade, o registro da exclusão da culpabilidade, não sendo possível a aplicação de pena. Institui-se, contudo, uma medida de segurança.

São inúmeras discussões estabelecidas no campo do direito a respeito da própria natureza jurídica da medida de segurança. Para a criminologia positivista, pena e medida

de segurança nada guardariam de semelhantes; esta seria apenas consequência jurídica e não verdadeiramente sanção penal, mas, sim, uma medida de caráter terapêutico direcionada aqueles tomados como incapazes de discernir sobre seus atos. A pena, então, ainda que permeada por um discurso de reinserção social, estaria no campo da punição, incidindo sobre aqueles considerados imputáveis (DOTTI, 2014; ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011).

Contudo, pode-se dizer que a tendência majoritária no Brasil se dá no sentido de conferir à medida de segurança natureza jurídica de sanção penal (cf. GOMES, 1993; PRADO, 2010; ZAFFARONI; PIERANGELI, 2011), ainda que poucos reconheçam sua função punitiva, reconhecendo-lhe apenas sua função de defesa social (PENALVA, 2005). É pelo instituto jurídico da medida de segurança que se exerce a função de controlar o perigo, o que pode se dar “pela eliminação, pela exclusão, por restrições diversas, ou ainda por medidas terapêuticas” (FOUCAULT, 2006, p. 22).

Zefinha se encontra à margem dessa disputa teórica, bem no centro do exercício do controle, como objeto deste. Sua realidade nos obriga a deslocar o olhar para a prática; o que encontramos são mais de 3 décadas de privação de liberdade, registrando um percurso institucional que se desenrola como “anormalidade, perigo e abandono” (DINIZ; BRITO, 2015). Dessa forma, entendemos que “toda medida coercitiva imposta pelo Estado, em função do delito e em nome do sistema de controle social, é pena, seja qual for o nome ou a etiqueta com que se apresenta” (PIEDADE JÚNIOR, 1982, p. 247).

Vale dizer também que a medida de segurança não possui limitação temporal, podendo se dar por tempo indeterminado. Na perspectiva do direito, isso só é possível se considerarmos que sua natureza jurídica não é penal; do contrário, restaria inconstitucional, uma vez que nossa Constituição não permite penas de caráter perpétuo. Na verdade, o condicionante para o encerramento da medida é a cessação da periculosidade, que deve ser atestada pelo exame psiquiátrico.

Para aqueles tidos como perigosos, a periculosidade aparece como um processo de precarização que atribui às vidas daqueles sob seu registro uma dimensão de ininteligibilidade. Deste modo, “determinadas vidas são percebidas como vidas, ao passo que outras, embora aparentemente estejam vivas, não conseguem assumir uma forma percebível como tal” (BUTLER, 2015, p. 45). É nesse sentido que se estabelece o

perigoso: é precisamente a periculosidade, que aparece como parte de quem o sujeito é, que acaba por limitar as condições para que sua vida seja apreensível e legítima e, portanto, digna de proteção social. Do outro lado dos muros, há vidas que são reconhecidas como vidas, sendo necessário protegê-las daquilo que se constitui como uma ameaça, como o é o sujeito perigoso.

Dos que se dobram

No ponto em que se cruzam o saber psiquiátrico e o jurídico, ali onde essa rede de poder se volta para dizer daquele louco infrator, o que se estabelece é um outro poder: nem propriamente Direito, nem propriamente Psiquiatria, nem mesmo a soma dos dois; trata-se de um outra coisa, um poder bastante específico e desenhado para uma forma específica de controle. Na engenharia das penas, é no laudo psiquiátrico que se materializa a “pertinência essencial entre o enunciado da verdade e a prática da justiça” (FOUCAULT, 2001, p. 14), de forma que é o exame que legitima o poder de punir outra coisa que não o crime.

A relação entre verdade e justiça, sendo aquela enunciada pelo discurso psiquiátrico, se constrói no discurso do perito, que é dotado de três propriedades (FOUCAULT, 2001): possuem poder sobre a decisão da justiça, tem caráter de verdade e se constitui pelo ridículo. Desse modo, é precisamente

no ponto em que vem se encontrar a instituição destinada a administrar a justiça, de um lado, e as instituições qualificadas para enunciar a verdade, do outro, sendo mais breve, no ponto em que se encontram o tribunal e o cientista, onde se cruzam a instituição judiciária e o saber médico ou científico em geral, nesse ponto são formulados enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos judiciais consideráveis e que tem, no entanto, a curiosa propriedade de ser alheios a todas as regras, mesmo as mais elementares, de formação de um discurso científico; de ser alheios também às regras do direito e de ser (...) grotescos (FOUCAULT, 2001, p. 14).

O discurso produzido na dublagem da psiquiatria com o poder judiciário é o discurso de Ubu. O ubuesco é o grotesco, pois que encontra seu poder justamente naquilo que

deveria ser sua fragilidade.; uma engrenagem do poder que produz na sua infâmia a força para sua inquestionabilidade. É no exame, a prova de sua desqualificação, que esse discurso confere a si mesmo o poder de enunciar a verdade. Assim, o exame médico produz dobramentos, ao dobrar o crime em outra coisa que não o crime; ao dobrar o autor do crime, buscando-lhe atribuir o caráter criminoso antes mesmo de cometer o crime que está em questão; e, por fim, ao dobrar a função médica em função médico-judiciária (FOUCAULT, 2001).

Em exame mental datado de 1983, o especialista diz coisas como: “compareceu a entrevista com a enfermeira”, “pouco cooperativa”, “apresenta bom asseio corporal”, “lúcida, incoerente, pegajosa”. Nenhuma das explicações diz coisa qualquer sobre a definição da doença, mas são essas as palavras que constroem Zefinha como doente mental e perigosa. Em outro exame, este de 2000, o ubuesco do discurso se repete: “paciente se apresentou para a entrevista de maneira cordial, risonha, nos cumprimentou ao chegar e sentou de maneira adequada. Trajando uniforme do hospital, cabelos penteados, asseio corporal satisfatório, sempre cuidou a contento de sua higiene pessoal, tem muito medo, a ponto de após esses vinte e dois anos de internamento, ainda insistir em dizer a mesma idade quando aqui chegou, não querendo que o tempo passe para não ficar velha”.

Explicitando o grotesco desse poder, não se trata de limitá-lo, mas “ao contrário, de manifestar da forma mais patente a incontornabilidade, a inevitabilidade do poder, que pode precisamente funcionar com todo o seu rigor e na ponta extrema da sua racionalidade violenta, mesmo quando está nas mãos de alguém efetivamente desqualificado” (FOUCAULT, 2001, p. 17).

CAPÍTULO II – Sobre a Reforma Psiquiátrica

No capítulo anterior, propusemos uma discussão, sobre como a emergência da noção de periculosidade, bem como suas formas de controle, evidenciando que a internação foi a solução encontrada para lidar com a questão, sendo, até hoje, essa a resposta do sistema penal. Aqui, o que se pretende é percorrer os caminhos traçados pelo movimento de reforma psiquiátrica, apontando como o processo de reivindicação da cidadania do louco não significou o mesmo para os perigosos. O regime de controle do perigo permanece ancorado ainda nas mesmas perspectivas psiquiátricas anteriores à reforma, que tomam a segregação como principal medida terapêutica.

Para isso, busca-se retomar a trajetória do controle da loucura no Brasil e o surgimento do movimento da reforma psiquiátrica, que culminou na Lei 10.216/2001, após mais de uma década de tramitação legislativa. Pretendemos, ainda, apontar alguns silêncios deixados pela lei em relação ao louco infrator, levantados questões que precisam ser ainda problematizadas para que se efetivem direitos também no cruzamento entre loucura e crime.

Dos caminhos

O primeiro hospital psiquiátrico do país, Hospício Pedro II, foi criado no Rio de Janeiro, ainda no século XIX. Não que a loucura tenha esperado a criação do hospital para se manifestar entre nossos habitantes, porém, antes disso, os loucos vagavam livremente pela cidade, ou eram confinados dentro das próprias casas, quando vinham de famílias ricas (CUNHA, 2005). A mudança que se procede, então, deve ser entendida dentro da conjuntura social, política e econômica do país. O aumento populacional e o inicial processo de urbanização trouxeram a necessidade de se exercer um controle social mais rígido. (BILLOUET, 2003)

O país passa, então, por uma fase higienista, em que a política do Estado é voltada para o controle. Em razão de se iniciar “um processo de urbanização, existia uma forte

preocupação do Estado com a necessidade de se ter um maior controle da população”. (ROSATO, 2005, p. 47) No início do século XX, a psiquiatria se fortalece no Brasil e a segregação da loucura, por meio da internação, passa a ser exercida com legitimidade. A ciência toma a loucura como orgânica e a especialidade psiquiátrica se torna um campo de saber-poder, cujo objetivo é ‘encontrar a cura’; os hospícios começam a se espalhar pelo país e passam a fazer parte de uma nova realidade brasileira. (CUNHA, 2005)

Na década de 1960, o Brasil passa por um golpe militar e instaura-se uma ditadura. Um Estado autoritário amplia seus mecanismos de controle e de disciplina, aspectos imprescindíveis a esse regime de governo.

A sociedade disciplinar, a sociedade militarizada, corresponde à utopia de todo governante, que é ter sob estrito controle, cada indivíduo inteiramente governável. Para tal, lança mão da vigilância, da norma e do exame. No lugar da arquitetura triunfal dos palácios, passa a funcionar o modelo arquitetônico das jaulas e da prisão, que possibilitam vigiar cada um particularmente a partir de um posto central. Qualquer falha é imediatamente detectada e anotada. Vigiar favorece o processo produtivo: o modo como o operário trabalha, sua prontidão, zelo, aptidão, conduta, fica tudo facilmente controlável. Favorece o processo pedagógico [...] todas as funções disciplinares são também pedagógicas. (ARAÚJO, 2001, p. 77) (grifo nosso)

Entende-se que “o auge da banalização de internações psiquiátricas se deu na ditadura militar brasileira, a partir da década de 60, momento em que houve uma séria mudança na política de saúde”. (ROSATO, 2005, p. 48) É especialmente relevante notar a grande privatização do setor de saúde ocorrida nesta época. A privatização da saúde, de modo geral, e dos hospitais psiquiátricos mais especificamente, colaborou para a criação de uma indústria em torno da psiquiatria. Nos termos de Amarante, “o mundo do confinamento não serviu apenas à ordem política e econômica, que necessitava esquadrihar o espaço público destinando lugares de inclusão e exclusão social. Serviu também, e nisso o Brasil foi praticamente inigualável, a uma promissora *indústria da loucura*” (1995b, p. 493)

Em 1964, ano do golpe militar, o Brasil contava com 79 hospícios; ao fim do período ditatorial, em 1985, este número havia subido para 453, sendo que 90% destes eram hospitais psiquiátricos privados. (BUENO, 2001)

De acordo com Bueno, “os militares financiavam a construção e toda a infraestrutura para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, desde que essas instituições aceitassem as pessoas que eram contra, ofendiam ou ameaçavam os olhares dos valores do regime militar”. (2001, p. 170) Desse modo, os hospitais psiquiátricos não funcionavam mais apenas como hospitais de confinamento da loucura; tornaram-se, na verdade, porões da ditadura.

A partir disso, podemos concluir que as violências institucionais, simbólicas e físicas, passaram a se dar de forma legitimada, não apenas pelo poder médico, através da atribuição de um caráter terapêutico a essas práticas, mas também pelo Estado. Entre os anos 1970 e 1990, segundo dados do Ministério da Saúde, havia uma média de 600 mil internações anuais e de 15 a 20 mil mortes por ano nos estabelecimentos psiquiátricos. (BUENO, 2001)

Na década de 1980, o país inicia seu processo de redemocratização. Essa conjuntura política favorece uma série de debates a respeito de direitos fundamentais e políticas de assistência. Os movimentos sociais que tentavam disputar a arena política na ditadura, surgem com força renovada e alguns conseguem concretizar suas pretensões com a promulgação de uma nova Constituição.

Em meio às disputas políticas que deram origem à Constituição de 1988, os movimentos de saúde se destacam por uma participação essencial no desenho e na construção dos dispositivos institucionais que garantiram o reconhecimento de um amplo espectro de direitos sociais. Em 1978, tivemos o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

O MTSM, num primeiro momento, organiza um teclado de críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constatando-as na prática das instituições psiquiátricas. Procurando entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização. (AMARANTE, 1995, p. 492)

De modo mais direto, esses movimentos sociais se destacaram por terem conseguido garantir que a saúde seja tomada como dever do Estado, o que culminou na criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Podemos considerar esta uma mudança fundamental, especialmente pela grande privatização do período anterior.

Como apresentamos acima, no campo da saúde mental, a privatização dos serviços significou um crescimento desenfreado do número de hospitais psiquiátricos que, legitimados pelo governo, foram responsáveis por milhares de mortes. A criação do SUS, então, representa a possibilidade de, em um contexto de um Estado Democrático de Direito, exigir que essas instituições garantam o respeito aos direitos fundamentais dos sujeitos nelas internados, bem como acompanhar e fiscalizar o emprego de seus recursos e suas condições de funcionamento.

Diante desta nova ordem social, as instituições psiquiátricas foram duramente atacadas, pois suas práticas¹ não estavam de acordo com as novas propostas do Estado brasileiro. O movimento pela Reforma Psiquiátrica começa a se consolidar.

Da reforma

Os precursores da reforma aqui no Brasil adotaram o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, especialmente baseados na “experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio”. (BRASIL, 2005, p. 7)

Assim, o modelo que é defendido pelo movimento brasileiro fundamenta-se na ideia de *desinstitucionalização* que “não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. [...] significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida.” (AMARANTE, 1995, p. 494)

A grande crítica à psiquiatria que é construída pelo movimento não se dá em relação às práticas terapêuticas em si, mas sobre o conjunto das questões sociais

envolvidas, especialmente a exclusão do louco e a negação de sua própria condição de humanidade. O que entra em disputa aqui é a possibilidade de criação de um “enquadramento epistemológico” (BUTLER, 2015) que permita àqueles categorizados como loucos o reconhecimento de suas vidas como vidas que importam.

A loucura assume um papel central na discussão sobre a humanidade, uma vez que, ao se afastar do que é entendido como racional, provoca a concepção que atrela direitos à racionalidade. Assim, “ao se falar do direito dos loucos se está ampliando a concepção dos titulares dos direitos, nela se incluindo pessoas que, como os menores, não são plenamente responsáveis” (CARVALHO NETO, 1998, p. 57-8). O ponto, então, é que as reivindicações dizem respeito mais ao reconhecimento dos titulares dos direitos, do que ao conteúdo desses direitos.

O que o movimento de reforma psiquiátrica busca é desconstruir a própria lógica manicomial, para além de apenas derrubar os muros físicos do manicômio. Promovem-se estratégias para reconstruir os espaços de tratamento, a partir da criação e ampliação de uma rede de serviços de saúde mental que não se organize tendo o manicômio com fundamento (AMARANTE, 2013).

No processo de reforma, então, condena-se a segregação como forma de intervir na loucura, negando-se o confinamento como instrumento terapêutico, o que provoca um giro na lógica da atenção à loucura que passou a ser isolada nos manicômios. Particularmente, a ampliação do convívio social é vista como medida imprescindível para garantir direitos. Através da “negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico” (ALVEZ, 2001, p. 172), produz-se um olhar mais amplo para a questão.

Todos esses esforços pelo redirecionamento das políticas públicas de saúde mental acabam por dar origem ao projeto de lei Paulo Delgado, proposto em 1989. Contudo, de sua propositura até a sanção presidencial, passaram-se longos 12 anos, pois, só em 2001, finalmente foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica, como ficou conhecida, sob o número 10.216. Mesmo sem uma legislação federal, no entanto, o processo de reforma se consolidou ao longo da década de 1990. A partir de experiências locais exitosas, o movimento pela reforma conseguiu aprovar diversas leis estaduais que

garantiam a implantação de serviços substitutivos e fortaleciam o modelo assistencial. (NICÁCIO et al, 2005; GOULART, 2006)

Embora a lei 10.216/2001 seja um marco vitorioso para o movimento de luta antimanicomial, o texto promulgado diverge bastante do projeto inicial. Para chegar a esta conclusão, basta que comparemos a ementa do projeto original à do substitutivo que restou aprovado. No projeto, lia-se: “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 1989) Já na lei que foi sancionada, temos: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. (BRASIL, 2001) A retirada da expressão “extinção progressiva dos manicômios” só pode ser entendida como um sinal de que, mesmo com todos os avanços, a disputa no campo político-legislativo permanece.

Uma lei mais branda e com enfoque nos direitos das pessoas com transtornos psiquiátricos foi o consenso possível, mas que representou uma grande conquista, não só para aqueles diretamente envolvidos, mas para a sociedade brasileira (ROSATO, 2005). Assim, a legislação que é finalmente aprovada em 2001 “preconiza o atendimento territorial, estabelece parâmetros de qualidade para o atendimento terapêutico, prevê o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e estabelece critérios para internação compulsória”. (GOULART, 2006, p. 15) Define-se como internação compulsória “aquela determinada pela justiça”. (BRASIL, 2001). Assim, ainda que entendamos que o dispositivo falhe profundamente ao não tratar diretamente das internações ocorridas em razão de medida de segurança, estas podem ser entendidas como dentro do regime de ‘internação compulsória’.

Conforme aponta-se, “a lei federal n. 10.216/2001 substituiu o isolamento do portador de deficiência mental do grupo social pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. O portador de transtorno mental recuperou uma série de direitos essenciais à sua dignidade humana” (CRUZ, 2005, p. 193). Se a lei foi importante para modificar as práticas em relação ao louco, ela não fez capaz de fazer o mesmo em relação ao louco infrator.

Ao abordar de maneira marginal as internações nos manicômios judiciários, o dispositivo não foi capaz de delinear uma trama que alterasse as práticas jurídico-psiquiátricas. Como apontaremos mais detalhadamente no próximo capítulo, no caso de Zefinha as mudanças articuladas pela legislação simplesmente não se registram. Não há alterações na forma com que o laudo se refere à internação e os ideais de desinstitucionalização não chegam a tocar nas bases do manicômio judiciário. Tanto é que seis, dos 26 ECTP hoje existentes no país, foram construídos a partir de 2001 (DINIZ, 2013).

Ainda, também é importante notar como todo o processo da reforma esteve vinculado aos debates sobre a criação e a consolidação do SUS, atrelando-se a um movimento mais amplo de reorientação das práticas em saúde. Contudo, essa instituição híbrida que são os manicômios judiciários, que reclama para si a dupla função da cura e da pena, não está vinculado ao SUS. Sua administração é de responsabilidade do Departamento Penitenciário Nacional (Depen), órgão do Ministério da Justiça, responsável pelo planejamento e execução da política penitenciária no Brasil.

Assim, em vez de organizar-se em torno de princípios de saúde e de promoção da inclusão, a realidade do louco infrator flagrantemente se inscreve em uma perspectiva punitiva, pois que orientada e formulada em um contexto penal. Aqui, estabelece-se um dos grandes entraves à expansão do processo da reforma, pois que, em termos de políticas públicas, os espaços destinados à execução das medidas de segurança, são pensados e arquitetados a partir de um horizonte que preconiza outros valores, distintos daqueles que deveriam orientar todo e qualquer tratamento dos portadores de transtornos psiquiátricos, independentemente do tipo de estabelecimento em que se realize.

CAPÍTULO III – Sobre Zefinha

Neste terceiro capítulo, apresentaremos a trajetória institucional de Zefinha. A partir da leitura integral de seu dossiê e processo penal, trazemos uma descrição do que registram os documentos. Em especial, analisamos os laudos de cessação de periculosidade, ou “Exame médico pericial psiquiátrico”. Sempre assinado por dois psiquiatras e pelo diretor do hospital, é o laudo que informa sobre a periculosidade e orienta o poder judiciário na decisão sobre a prorrogação ou extinção da medida de segurança, ou ainda outras providências concernentes.

A partir dos registros, então, o que buscamos foi compreender as formas práticas com que a psiquiatria e o direito se tornam um dobramento ubuesco do poder. Observando os enunciados que fazem emergir um discurso da verdade, e verdadeiro em si mesmo, em razão de seu local de enunciação, o que se quer é desvendar os efeitos concretos da operação da periculosidade.

Das histórias

Josefa Mariano da Silva é a mulher há mais tempo internada em um manicômio judiciário no Brasil. Está há 39 anos em privação de liberdade, tendo sido os dois primeiros em presídio comum e mais 37 anos no Centro Psiquiátrico Judiciário Pedro Marinho, localizado em Alagoas. O crime que a levou até ali aparece sob diferentes registros, em alguns momentos como lesão corporal, em outros como tentativa de homicídio; nas palavras de Zefinha, uma “facadinha de nada”.

O dossiê inicia-se com a identificação. Informações básicas como nome, filiação e data de nascimento: Josefa Mariano da Silva, filha de João Mariano da Silva e Gracinda Bezerra da Silva, 1958. Registra-se também que Zefinha é analfabeta e conta 47 anos quando do preenchimento do formulário, em 2005. Em seguida, o registro pergunta sobre “marcas particulares, cicatrizes e tatuagens”. Anota-se as cicatrizes nos glúteos, resultado

da aplicação de medicação. Passaram-se 29 anos, tempo suficiente para deixar cicatrizes. O formulário que pede a identificação da família se encontra em branco.

No formulário sobre a situação jurídico penal, 05 de Maio de 1978 é a data da entrada. O momento refere-se à entrada naquela instituição, mas Zefinha esteve presa desde 1976. Como quem, depois de quase 30 anos, já perdeu as esperanças, o item seguinte anota o término da pena: nunca. Logo depois, a controvérsia sobre a natureza jurídica da medida de segurança se perde na concretude do isolamento: no campo que pergunta sobre a pena, lê-se “2 anos de medida de seg.”, mesmo havendo, logo abaixo, um item para responder sobre a medida de segurança.

A narrativa passa a seguir uma ordem cronológica, e o documento seguinte diz trazer escrita a “História”. Conta-se aqui que este é o segundo internamento em hospital psiquiátrico. A fala de Zefinha aparece pela primeira vez. Em um trecho demarcado pelas aspas, mas na escrita de outras pessoas, resta-nos confiar que a pontuação sinalize sempre um registro fiel do que foi dito. “O juiz me deu 02 anos de cadeia e já estou com 4 anos. Me arrependo muito do que fiz e não tenho coragem de fazer novamente. Depois disso comecei a ficar doente da cabeça”. Anota-se o que Zefinha contou sobre seu crime e algumas informações sobre seu trânsito institucional; e essa tornou-se a sua história.

Surgem dois exames psicológicos de 1976. No primeiro, de Maio, estão preenchidos apenas dois itens, “situacionamento atual” e “avaliação psicológica”; os outros três, “diagnóstico”, “possibilidades terapêuticas” e “orientação” se encontram em branco. Sobre a situação atual, diz que Zefinha “mostrou sinais de indiferença (...), só falava quando inquirida, respondendo por monossílabos”. Quanto à avaliação psicológica, aponta um comportamento apático e reafirma a postura indiferente. No segundo exame, está tudo que se sabe sobre a família: são 4 irmãos, um pai e uma mãe. Ao longo do dossiê, será possível observar que o rompimento total dos vínculos familiares ocupa um lugar na descrição da doença. Sob a “escolaridade”, a anotação “não assina nem o nome” localiza Zefinha junto a 23% da população dos ECTP que é analfabeta (DINIZ, 2013), quando o registro é de 8,7% entre a população brasileira com mais de 15 anos. No item final deste documento, “exame mental”, é possível ler “Pés sobre a cadeira, mãos cruzadas sobre o joelho. Depois se torna apática e indiferente”.

Revela-se o corpo que é objeto da observação como forma de apreender as virtualidades do indivíduo.

Aparece o primeiro “Exame médico pericial e psiquiátrico”, o principal documento na execução das medidas de segurança. É ele que diz sobre a periculosidade e tem o poder de determinar o fim ou a continuidade da internação. No âmbito do processo penal, o exame é “uma espécie de supralegalidade de certos enunciados na produção da verdade judiciária” (FOUCAULT, 2001, p. 14). Datado de 16 de Junho de 1982, o exame se organiza em 4 eixos: identificação, história da doença atual (HDA), exame mental e conclusão.

Pelo que se lê na HDA, observa-se que a interrogação foi sobre o início da doença, o crime cometido e a família. No exame mental, guarda-se como informação relevante “vestes adequadas e bom asseio corporal”. Esse dado parece ser importante para dizer do estado mental de Zefinha, mas parece não considerar o fato de que ela está internada em uma instituição total, onde as decisões sobre o que vestir, o que fazer e como se apresentar não está sob o controle do internado. (GOFFMAN, 2003). Assim, mesmo não tendo mais autoridade sobre essa dimensão da vida, ela torna-se um elemento do escrutínio psiquiátrico.

Os comportamentos de Zefinha passam a ser sucessivamente anunciados. “Pouco cooperativa”, “curso e conteúdo de pensamento alterado”, “julgamento inadequado” e “indiferença afetiva” são algumas das expressões que se pode ler. Juntas, parecem ter o objetivo de demonstrar a doença, compõe os fatos irrefutáveis do perigo. Contudo, não dizem realmente nada, mas precedem a conclusão: esquizofrenia paranóide diagnosticada, afirma-se que não há condições para retorno ao convívio social. Aqui, podemos levantar duas questões: que condições precisariam ser satisfeitas para que o retorno ao convívio social seja possível e em que situações poderiam haver essas condições? O HCTP, em seus fundamentos, estrutura organizativa e práticas de funcionamento, seria capaz de propiciar tais condições? Coloca-se em questão o isolamento como prática terapêutica, evocando as impossibilidades do espaço manicomial apontadas pelos movimentos de reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2013).

O segundo exame médico pericial psiquiátrico é de 10 de Março de 1983. Além dos 4 eixos comuns aos demais exames, esse apresenta também um ponto sobre a “história criminal”. No campo da HDA, observamos que a escrita reproduz exatamente o que continha o primeiro parágrafo deste mesmo campo no exame anterior, inclusive quando se refere às palavras ditas por Zefinha. No registro oficial, então, a história da doença atual permanece exatamente a mesma, ainda que os exames tenham sido realizados no intervalo de quase um ano.

No espaço para o exame mental, mais uma vez, consta a observação sobre as vestes: “pericianda comparece usando roupas deste C.P.J [Centro Psiquiátrico Judiciário]”. Poderia ser diferente se a decisão sobre o que vestir é agora da instituição e não mais de Zefinha? Passa-se, mais uma vez, à listagem dos comportamentos: “pouco cooperativa”, “bom asseio corporal”, “lúcida, incoerente, pegajosa, sempre nos solicitando sua alta”. Conclui-se o mesmo: diagnóstico de esquizofrenia paranóide sem nenhuma condição de retorno ao convívio social, acrescentando que nem mesmo sob ação medicamentosa.

O próximo exame médico pericial e psiquiátrico data de 09 de Agosto de 1985 e se organiza em apenas três eixos, “identificação”, “exame psíquico atual” e “conclusão”. Já no segundo, confirma-se o diagnóstico de esquizofrenia paranóide, mas é na conclusão que a periculosidade é expressamente dita pela primeira vez. Zefinha “possue periculosidade e necessita permanecer internada”. O perigo é demarcado como algo que se detém, um atributo que o sujeito carrega nele mesmo e o acompanha por onde quer que vá. Zefinha encerra em si o perigo e a prescrição pelo internamento é apresentada como imprescindível, destacada porque diz do mais importante, o destino de Zefinha.

Dois anos depois, em 23 de Março de 1987, novo exame médico pericial psiquiátrico. No “Histórico criminal”, o perito nos relembra da passagem do tempo: contam-se já nove anos de internação naquele estabelecimento. Como parte do ato processual, anuncia-se que a função do exame é avaliar o grau de periculosidade. No exame mental, as roupas novamente se tornam objeto de análise; o que é que se procura? O que as roupas de Zefinha poderiam dizer sobre seu grau de periculosidade? Passando à

conclusão, repete-se o diagnóstico e reitera-se a sentença: permanece a periculosidade, permanece a internação.

Como se descreve, Zefinha não só é perigosa, mas muito perigosa. Dizemos isso pois o exame sugere uma gradação na periculosidade, um espectro onde, de uma ponta a outra, vai-se do nada ao muito. A escrita ainda denuncia uma relação direta de causa e efeito: não pode retornar ao convívio social porque é perigosa. Como afirmamos no primeiro capítulo, é a periculosidade a justificativa para a privação de liberdade. Então, se é perigosa, deve permanecer internada, e é esse o único critério.

Mesmo que o Código Penal determine a sua realização anual, há um intervalo de 11 anos até o próximo exame, em 05 de Fevereiro de 1998. Aqui, uma mudança importante pode ser observada: a partir de então, na identificação, o item que se refere à residência passa a ser preenchido de uma nova forma. Nos exames anteriores, a residência era informada pelo local de origem, anterior à internação; agora, passa a constar como residência “Manicômio Judiciário”, acompanhando de uma pequena marcação sobre o tempo, “há 18 anos”. Parece ser a força do tempo que opera a alteração do registro; como se quase duas décadas fossem tempo demais para ousar dizer que a casa de Zefinha é outro lugar qualquer que não ali. Seu local de origem aparece como resposta ao campo “Oriunda”, que, não constando na formatação original do documento, é inserido manualmente.

A cessação da periculosidade aparece indicada como o motivo do exame solicitado pelo juiz. Mesmo nos laudos em que não se descreve o motivo, a pergunta que o laudo quer responder é sempre essa, sobre a existência ou não da periculosidade. No exame mental, a atitude de Zefinha durante a entrevista é marcada como “desconfiada, arredia, hostil, inquieta, não ficando satisfeita em responder as nossas perguntas”. Desse modo, verifica-se que o que está em jogo não é precisamente o cotidiano de Zefinha dentro do HCTP, mas como se apresenta no momento exato do exame. Conclui-se o mesmo do exame anterior, mantendo o diagnóstico e apontando o alto grau de periculosidade. Assim, o parecer de que não apresenta condições de convívio social determina a continuidade da internação.

Novo exame é efetuado em 21 de Julho de 2000 e outra vez a residência informada é o próprio manicômio. O endereço anterior de Zefinha agora é só o lugar de onde veio, não mais a sua casa. Nesse momento, contam-se 24 anos de privação de liberdade. Quanto ao exame mental, as primeiras informações são sobre o momento da entrevista. “Paciente se apresentou para a entrevista de maneira cordial, risonha, nos cumprimentou ao chegar, e sentou de maneira adequada”. E, então, o escrutínio sobre a aparência do corpo: “trajando uniforme do hospital, cabelos penteados, asseio corporal satisfatório”. O laudo também afirma que “calma no momento, possui um comportamento imprevisível”, buscando referências no comportamento de Zefinha para além do momento de realização da entrevista.

O perito aponta da dificuldade de encontrar tratamento que funcione. “Desde que aqui chegou, já tentamos várias esquemas terapêuticos, todos sem muito sucesso”. Para ele, a fase de mais sucesso no tratamento se deu quando foram aplicados eletrochoques. “A fase em que passou com remissão total dos sintomas, foi há mais ou menos 18/20 anos, quando lhe aplicávamos cerletti (eletrochoque) e depois que fomos impedidos de tal procedimento, seu quadro psicótico agudizou”. Como apontam Debora Diniz e Luciana Brito,

o laudo a que se refere o período do eletrochoque não coincide com remissão de sintomas no dossiê – na verdade, é exatamente o período em que se decretou pela primeira vez que Zefinha não poderia retornar ao convívio social. Além da incongruência entre as vozes – apesar de a memória resgatada pelo médico perito que realizou todos os exames de Zefinha até então – há um lamento sobre o abandono do eletrochoque como prática terapêutica e disciplinar (2015, p. 15)

A conclusão vem dizer o que se imagina, o diagnóstico e a impossibilidade de retorno ao convívio social.

O exame seguinte ocorre em 12 de Janeiro de 2001, o último antes da promulgação da Lei 10.216, em Abril do mesmo ano. Mais uma vez, a prática do eletrochoque é invocada de forma saudosista. “Fizemos vários esquemas terapêuticos, porém não respondia a nenhum deles, até que começamos aplicações de cerletti (eletrochoque)”. O exame mental relata que, embora estivesse calma no momento,

irritava-se ao ser questionada sobre sua doença. “Eu não sou presa de juízo não”, diz Zefinha. Para ela, o “Dr. Juízo” é aquele que ordena as perguntas, é ele quem quer saber de sua doença. Nessa linguagem, Zefinha diz do dobramento ubuesco do poder psiquiátrico jurídico; o médico, “Dr.”, e o juiz são um só no interrogatório com poder de vida e morte (FOUCAULT, 2001).

A conclusão tornou-se quase uma mera formalidade, pois se repete laudo após laudo, decretando a mesma sina: o alto grau de periculosidade impede o retorno ao convívio social e deve continuar internada. Se nenhum dos esquemas terapêuticos funciona e os eletrochoques são agora proibidos, decreta-se o cárcere.

Já sob o marco da Lei 10.216/01, novo exame é realizado, em 26 de Agosto de 2004. A recomendação é a internação, uma vez que não apresenta condições de conviver socialmente e mantém-se perigosa. “Continua em alguns momentos com conduta inadequada e imprevisível, devido aos acessos delirantes que apresenta, e que a tornam periculosa”. O registro da periculosidade vem aqui em forma de uma consequência, são os delírios que fazem de Zefinha um perigo.

Em 17 de Abril de 2006, mais um exame é solicitado pelo juiz. Antes mesmo da “Conclusão”, no campo sobre a história da doença atual, já se prevê o futuro: não há condições de retorno ao convívio social. O perito também diz mais: o transtorno mental é agora descrito como crônico e irreversível. No exame mental, afirma-se que Zefinha não tem consciência de sua doença, e “insiste para ir embora dizendo não ter motivo para estar aqui. “Eu só dei uma furadinha de nada mulher (...). Só foi uma polegadinha de nada”. O registro da fala traz uma provocação: a voz de Zefinha invoca o absurdo de uma lesão corporal que gera sentença perpétua de confinamento, ao mesmo tempo que parece construir, para o poder psiquiátrico, os fatos que sustentam sua decisão. Na conclusão, diagnóstico de esquizofrenia paranóide e a impossibilidade de retorno ao convívio social em razão de sua periculosidade.

O exame de 27 de Julho de 2009 apresenta uma estrutura um pouco distinta dos demais exames, contendo o campo “História pessoal de interesse pericial”, e estando ausente o “Exame mental”. De toda forma, o laudo se escreve de forma muito similar aos outros. Diz que Zefinha já foi submetida a diferentes terapêuticas, sem nenhum efetivo

controle de sua doença. O fracasso do tratamento é uma recorrência no registro psiquiátrico, o que, mais uma vez, coloca em questão a prática do isolamento como medida de terapêutica. Surge o registro da fala de dois membros da equipe terapêutica, que contam histórias sobre os comportamentos de Zefinha na instituição. “Ela é organizada, mas tem dificuldade para dormir”, “ela é de difícil convivência, é uma criança”, marcam os registros que são trazidos por aqueles que acompanham tudo mais de perto do que o psiquiatra.

O último exame data de 08 de Agosto de 2001 e logo após a identificação, no item “História criminal”, retoma os laudos anteriores e já atesta o diagnóstico de esquizofrenia paranóide. No exame mental, o registro se apressa em observar o estado das roupas. “Pericianda adentra ao consultório conduzida pela enfermagem. Apresenta-se trajando vestes hospitalar. Regular situação de higiene”. A conclusão resume as décadas de história: “Apesar de vir, ao longo dos anos, submetendo-se à tratamento especializado, persistem os distúrbios sensoperceptivos”. O anúncio da falha do manicômio como terapia nega a si mesmo para que se conclua: “recomendamos a continuidade do tratamento à nível de internamento hospitalar”.

Assim, vale dizer que o exame para verificar a cessação de periculosidade foi sempre a única justificativa para as decisões de prorrogação da medida de segurança. Seguindo ainda os pareceres do Ministério Público, também sempre de acordo com as recomendações do laudo, as sentenças são breves em dizer da operação do poder: como os laudos apontam a existência da periculosidade e a impossibilidade de retorno ao convívio social, é a essa a decisão do poder judiciário.

Nesse sentido, perpetua-se o modelo

de que a autoridade sobre a natureza da loucura é o médico, e o seu tratamento é a segregação, que não visa prioritariamente à cura (uma hipotética devolução da normalidade), mas primordialmente à segurança social contra um indivíduo perigoso por presunção legal (JACOBINA, 2008, p. 120).

Apesar de ter o poder para decidir, independente da recomendação psiquiátrica, em nenhum momento surgiu alguma divergência, mesmo após 30 anos de privação de liberdade, quando a vedação ao cárcere de caráter perpétuo, determinação constitucional, deveria ser mais forte que a psiquiátrica. Não se quer dizer que a simples negação da

periculosidade seria suficiente para resolver os problemas aqui colocados, nem os do amplo debate da saúde mental, e nem os de Zefinha – como não é esta nossa intenção. O que se coloca é que, mesmo “sob o disfarce de uma sanção terapêutica” (JACOBINA, 2008, p. 99), qualquer mecanismo legal que seja utilizado, uma pena, uma medida de segurança, ou outro tipo de internação compulsória, para manter um indivíduo encarcerado por mais de 30 anos no Brasil configura-se como um ato inconstitucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição brasileira (1988), em seu artigo 5º, dispõe sobre os direitos e garantias fundamentais, onde veta explicitamente as penas de caráter perpétuo. Delimitando ainda mais, o Código Penal (1940) estabelece que o tempo de “cumprimento das penas privativas de liberdade não pode ser superior a 30 anos”. Apesar de uma eventual discussão a respeito de não estarmos tratando exatamente de uma pena no caso de Interditado, uma interpretação constitucional um pouco mais detida é capaz de compreender que trata-se de uma vedação ao cárcere de caráter perpétuo, e não só à específica instituição da pena.

Como aponta Paulo Jacobina (2008), a loucura é vista

como um assunto que circula entre a autoridade médica e a segurança social, vale dizer, o modelo – que veio se consolidando historicamente – de que a autoridade sobre a natureza da loucura é o médico, e o seu tratamento é a segregação, que não visa prioritariamente à cura (uma hipotética devolução da normalidade), mas primordialmente à segurança social contra um indivíduo perigoso por presunção legal (p. 120).

O caso de Zefinha traz os elementos concretos e reais desta noção. A manutenção da restrição de sua liberdade é baseada em um juízo feito para o futuro, um futuro que não pode ser previsto, mas o é. A partir da categorização como um perigo, legitima-se o cárcere sob o argumento de defesa da sociedade. Contudo, entendemos uma grave violação constitucional na operacionalização do instituto da periculosidade.

A proibição do cárcere de caráter perpétuo é, na verdade, uma garantia a essa sociedade, de modo que flexibilizar esta norma caracteriza-se como uma inconstitucionalidade, sendo o sujeito atingido louco ou não. A prescrição normativa não traz nenhum tipo de ressalva, não inibe a possibilidade de cárcere perpétuo apenas para aqueles considerados capazes, mas para todo e qualquer cidadão, independentemente de sua capacidade civil, do tipo de crime cometido, de sua doença ou de seu caráter. Assim, resta-nos apenas admitir, que a cidadania de Zefinha está sendo negada com base no juízo de periculosidade que é atestado pelo perito.

Importante notar que não estamos a dizer que a simples negação da periculosidade seria suficiente para resolver os problemas aqui colocados, nem os do amplo debate da saúde mental, e nem os de Zefinha – sequer é esta nossa presunção. O que se coloca é que, mesmo “sob o disfarce de uma sanção terapêutica” (JACOBINA, 2008, p. 99), qualquer mecanismo legal que seja utilizado, uma interdição civil, uma pena, uma medida de segurança, ou outro tipo de internação compulsória, para manter um indivíduo encarcerado por mais de 30 anos no Brasil configura-se como um ato inconstitucional.

Ainda que Zefinha seja identificada como alguém que oferece risco (algo intrínseco a todo ser humano, aliás), entendemos que “a resposta não pode ser violenta: deve desatar o nó das contradições e reconduzir a situação às suas possibilidades de cura (VENTURINI; CASAGRANDE; TORESINI, 2012, p. 87), afinal, não cabe ao Estado oferecer violências como solução, mas, sim, buscar caminhos capazes de garantir a dignidade de todos os cidadãos, sem qualquer tipo de distinção, nem mesmo a do perigo.

Importante salientar que a natureza jurídica parece não ter grande relevância na aplicabilidade das medidas, mas, uma vez que se admita que a medida de segurança é sanção penal, acreditamos que será necessário repensar a configuração do ordenamento jurídico, de modo a criar soluções para o tema dos doentes mentais que cometem infrações penais.

Por outro lado, se a compreensão se der no sentido de que não se trata de sanção penal, a sociedade será obrigada a rever as instituições e práticas atuais. Notamos que princípios como liberdade, igualdade e dignidade não foram mencionados em nenhum momento ao longo do caso de Zefinha. As decisões jurídicas foram baseadas no laudo, e apenas nisso; a Lei 10.216/2001 está sendo ignorada em seus princípios.

Estabelecer novos paradigmas para o tratamento da loucura não é, e nem deve ser, tarefa apenas para o Judiciário, porém o Direito não pode se desviar do debate a respeito dos direitos fundamentais, constitucionalmente garantidos a todos os indivíduos, independentemente de sua condição psíquica. Derrubar manicômios é sobre muitas outras coisas para além de quebrar muros de concreto e abrir portas de ferro, mas, uma vez que é o poder jurídico que operacionaliza as práticas de controle da loucura, é a partir desse

poder que se devem articular os discursos que compreendam o louco infrator como um sujeito de direitos, alguém cuja vida deve ser reconhecida como vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVEZ, Domingos Sávio. Integralidade nas políticas de saúde mental. In: PINHEIRO, Rosani; MATTOS, Ruben A. *Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, pp. 167-176, 2001.
- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- _____. *Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica*. Cad Saúde Publ. 1995;11(3):491-94
- ARAÚJO, Inês Lacerda. *Foucault e a crítica do sujeito*. Curitiba: UFPR, 2001.
- BILLOUET, Pierre. *Foucault*. São Paulo: Estação Liberdade, 2003.
- BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial. Brasília, 2001.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial. Brasília, 2012.
- _____. Decreto-lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. 7 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2005a.
- _____. Supremo Tribunal Federal. Medida de segurança. Projeção no tempo. Limite. Habeas Corpus n. 84219, Primeira Turma. São Paulo, 16 de Agosto de 2005b. Relator: Ministro Marco Aurélio.
- _____. 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, 2005c.
- BUENO, Austregésilo Carrano. *Canto dos malditos*. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- BUTLER, Judith. *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS. Projeto de lei n. 3.657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989.
- CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: EdUSP, 1998. CARVALHO, Salo de. *Pena e garantias*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.
- CARVALHO NETO, Joviniano Soares de. *Política para a loucura: uma questão de cidadania e poder*. Cadernos do CEAS, Salvador, n. 175, p. 57-62, maio/jun. 1998, p. 175
- CRUZ, Álvaro Ricardo de Souza. *O direito à diferença: as ações afirmativas como mecanismos de inclusão social de mulheres, negros, homossexuais e pessoas portadoras de deficiência*. 2. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2005.
- CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Hospício a céu aberto*. Revista de História da Biblioteca Nacional. São Paulo, ano 1, n. 2, p. 27-32, ago. 2005.

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

DINIZ, Debora; BRITO, Luciana Stoimenoff . *Eu não sou presa de juízo, não: Zefinha, a louca perigosa mais antiga do Brasil*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 2015.

FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Cadernos da PUC/ RJ, série Letras e Artes, 6/74, no 16, 1974

_____. *História da loucura na idade clássica*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

_____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 30.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. *Os Anormais: Curso no Collège de France (1974 – 1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX. In: _____. *Ética, sexualidade e política*. Col. Ditos & escritos V 2. ed. . Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GOFMANN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOMES, Joaquim Benedito Barbosa. *Ação afirmativa e princípio constitucional da igualdade: o direito como instrumento de transformação social. A experiência dos EUA*. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

GOMES, Luiz Flávio. *Medidas de segurança e seus limites*. Revista Brasileira de Ciências Criminais, ano I, n. 2, 1993.

GOULART, Maria Stella B. A construção da mudança nas instituições sociais: a Reforma Psiquiátrica. Pesquisas e práticas psicossociais, v. 1, n. 1, p. 01-19, 2006.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. *Direito penal da loucura*. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2008.

de MONTEIRO, Lizziani Cerqueira. *Princípios constitucionais e medida de segurança criminal*. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Departamento de Direito Público, Programa de Pós-Graduação em Direito. 2011

NICÁCIO, Fernanda et al. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. AMARANTE, Paulo (Org.). Rio de Janeiro: Nau, 2005. p.195-214

PIEDADE JÚNIOR, Heitor. *Personalidade psicopática, semi-imputabilidade e medida de segurança*. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

PRADO, Luiz Regis. *Curso de direito penal brasileiro*, volume 1: parte geral, arts.1º a 120 – 10. ed. rev. atual. e ampl. - São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

RAUTER, Cristina. *Manicômios, prisões, reformas e neoliberalismo*. Discursos sediciosos, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 71-76, 1997.

ROSATO, Cássia. *Violência, saúde mental e direitos humanos*. Revista Direitos Humanos. Recife, ano 4, n. 8, p. 44-52, dez. 2004.

VENTURINI, Ernesto. CASAGRANDE, Domenico. TORESINI, Lorenzo. *O Crime Louco*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2012.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. PIERANGELI, José Henrique. *Manual de Direito Penal Brasileiro* V. 1–Parte Geral. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.