
Disponível em www.scielo.br/paideia

“A querela dos direitos”: loucos, doentes mentais e portadores de transtornos e sofrimentos mentais

Rafael De Tilio

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Resumo: Implementar e garantir direitos básicos aos portadores de sofrimento mental são necessidades que a reforma psiquiátrica exigiu. Mas, se em tese estes são considerados sujeitos-de-direito, os códigos legislativos brasileiros ainda os qualificam como incapazes e perigosos. Pretendeu-se, através de leituras da produção científica da área, destacar concepções e práticas sobre a loucura desde a Antigüidade até os atuais conflitos entre as concepções reformistas e os Códigos Civil e Penal brasileiros. Como conclusão atenta-se à necessidade de se formarem profissionais cientes desses conflitos e dispostos a lutar pela reestruturação dos códigos e das práticas como maneira de efetivar os direitos desses cidadãos.

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica. Direitos. Loucura. Doença mental.

“The dispute for rights”: insane people, mentally sick people and sufferers of mental disorders or stress

Abstract: To implement and to guarantee basic rights to the sufferers of mental disorders are some of conditions required by the psychiatric reform. Although considered citizens-with rights, the Brazilian criminal and civil codes still consider them incapable and dangerous. By consulting specific literature on the subject, it was possible to highlight concepts and practices about insanity since the Antiquity up to the actual conflicts between reform formulations and the Brazilian Civil and Criminal codes. In conclusion we call attention to the increasing necessity of training professionals aware of these conflicts and willing to fight for the reformulation of codes and practices as to assure the rights of these citizens.

Keywords: Psychiatric reform. Rights. Madness. Insanity.

“Las cuestiones de los derechos”: locos, enfermos mentales y portadores de trastornos y sufrimientos mentales

Resumen: Implementar y garantizar derechos básicos a los portadores de sufrimiento mental son necesidad que la reforma psiquiátrica exigió. Más si supone que estos sean considerados sujetos de derecho, los códigos criminales y civiles brasileños todavía los califican incapaces y peligrosos. Pretendió a través de lecturas de la producción científica en la área, destacar las concepciones y practicas sobre la locura desde de la Antigüedad hasta los actuales conflictos entre las concepciones reformistas y los códigos civil y penal brasileño. Como conclusión atentamos a la necesidad de formación de profesionales críticos de los conflictos y dispuestos a luchar por la reestructuración de los códigos y de las prácticas como forma de implantar los derechos de dichos ciudadanos.

Palabras clave: Reforma psiquiátrica. Derechos. Locura. Enfermedad mental.

Introdução

As propostas de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial no Brasil foram influenciadas pelas experiências de outros contextos sócio-culturais (Estados Unidos, Itália, França e Inglaterra) visando reduzir os leitos de internação em hospitais psiquiátricos, garantir a assistência aos pacientes egressos desses hospitais, criar e sustentar uma rede extra-hospitalar adequada (CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, programas de suporte social, entre outros) e defender/promover os direitos humanos dos pacientes e seus familiares (os usuários).

Tais propostas de mudanças foram acompanhadas nas décadas de 1990 e 2000 no Brasil por novas resoluções e portarias do Ministério da Saúde e leis, principalmente a 10.216 de 2001 de Paulo Delgado (Brasil, 2001), sobre a reformulação do modelo assistencial em saúde mental e proteção dos direitos dos usuários.

Contudo a lei de Paulo Delgado não influenciou o *status sócio-jurídico* dos portadores de transtorno/sofrimento mental: este ainda é definido pelos Códigos Penal e Civil brasileiros que podem para tais indivíduos fazer cessar no plano civil a capacidade contratual do acometido (*interdição*) e/ou determinar se o mesmo em casos de atos ilícitos criminais deve ser internado em instituição de tratamento sem estabelecer previamente o tempo de internação (*medida de segurança*) devido à sua *periculosidade*. A lei 10.216/2001 atuaria sobre as possíveis conseqüências, garantindo direitos e tratamento digno, e não sobre as definições estatutárias dos portadores de transtornos mentais. Mesmo assim ela representou avanços significativos no entendimento e proposição de tratamento destinado aos denominados “loucos”.

Este artigo visa apresentar de forma esquemática algumas concepções historicamente localizadas sobre a loucura, as principais propostas de reforma psiquiátrica feitas a partir do fim da década de 1960 e suas influências na experiência brasileira, seus desdobramentos nas proposições de reordenamento quanto aos direitos e tratamento dos acometidos, e discutir conflitos implícitos dessa

proposta com concepções vigentes nos Código Penal e Civil brasileiros.

Histórico e histórias

Um breve histórico daquilo que comumente se entende por *loucura*, que tentará apreendê-la como *conceito* e *prática* de cura, será apresentado.

Os tempos da loucura

A Antigüidade, segundo Pessotti (1994a), propôs algumas conceitualizações e práticas sobre a loucura, primeiro com Homero (séculos 9-8 a.C.) que via os comportamentos e atos de pessoas destituídas de razão como atribuição da ordenação divina (definição de loucura), desresponsabilizando o indivíduo acometido das conseqüências de seus atos pois estaria possesso pelos deuses. Assim, o acometido não era culpado por seu sofrimento ou pelo causado a outrem, não sendo estigmatizado nem considerado doente, não existindo também práticas específicas para sua cura, sendo no máximo proposto rituais reparatórios e oferendas para acalmar a ira divina – tentava-se atingir os deuses, e não os acometidos.

Ainda na Antigüidade, segundo Pessotti (1994a), Eurípides (485-406 a.C.) será o responsável não pela proposição de nova visão sobre a loucura mas pela inclusão do elemento psicológico humano em sua dinâmica. Originada do capricho dos deuses a loucura causava conflitos interiores e dilemas na alma do homem atizado em suas paixões que se transformavam em atos considerados descabidos frente às normas sociais (basta verificar, por exemplo, a peça *Medeia* de Eurípides, 1999). Naquele período a loucura começava a se afastar do enfoque mitológico para outro denominado *passional*. As práticas continuariam as mesmas do período anterior.

Segundo Pessotti (1994a) a grande virada de concepções viria com as proposições de Hipócrates (século 1a.C.) sobre o enfoque *organicista* da loucura. O ordenamento divino não seria mais o responsável pela loucura, mas sim o funcionamento do organismo sediado no cérebro humano e no equilíbrio de seus elementos essenciais - os humores (calor, frio, secura, umidade) – com o ambiente. As

práticas de cura e a concepção de saúde física/mental voltavam-se para o restabelecimento do equilíbrio dos humores com o meio externo através de alimentação adequada, oitiva e prática de música, banhos termais, atividades físicas, regulação do sono e limpeza do organismo pela *catarse* (laxantes naturais e vomitórios).

Ainda neste sentido Galeno (131 a.C. – 200 a.C., conforme citado por Pessotti, 1994a), pautado em estudos de dissecação cerebral continuará a tradição hipocrática definindo a loucura como manifestação mental de causas orgânicas e fisiológicas, promovendo um avanço em seu entendimento nosográfico por intermédio da classificação sistemática de quadros sintomáticos (loucuras divididas entre as manias, melancolias, delirantes, entre outras), cada qual com uma sede e substrato cerebral específico. As práticas de cura seguiam as prédicas estabelecidas por Hipócrates.

Mudança significativa só se daria séculos depois na Idade Média Européia com a loucura equiparada à possessão demoníaca (Muraro, 1997; Pessotti, 1994b) na denominada *doutrina demonológica*, que perdurará até o século XVII, causada pela não observância dos ditames dogmáticos da religião, situando o indivíduo numa posição passiva frente ao acometimento.

Para Muraro (1997) e Pessotti (1994b) esta determinação demoníaca/possessiva da loucura retirava qualquer competência médica de seu entendimento ou tratamento reservando-a a esfera da fé e da crença, sendo por isso as práticas de cura as mesmas das expiações dos pecados, como peregrinações a lugares santos, confissões, ritos de preces, manifestações de devoção e de caridade (pois salvar o outro equivaleria a salvar a si próprio), exorcismo, ingestão e consumo de ervas e xaropes, autoflagelação e suplicios, torturas para expiar o demônio e, quando necessário, morte na fogueira.

O século XVII devido à exacerbação do racionalismo científico que o caracterizou (Foucault, 2000a) reconfigura a loucura no cerne do indivíduo como perda da razão, da vontade, do livre-arbítrio e como desajuste da moral (*lesão do intelecto e da vontade*), cuja cura deveria ser a estabilização do

acometido num tipo social e moralmente aceito. Assim surgem os grandes asilos (Foucault, 2000b), instituições concebidas para recolher, alojar, isolar, alimentar e abrigar os loucos, os pobres, os criminosos e todos os que não se adequassem às normas sociais, sendo não raro castigados fisicamente com o intuito de se comportarem bem através da aplicação do “tratamento moral”, uma série de dispositivos de punição e recompensa que visava à reeducação do asilado.

Neste sentido Foucault (2000b) relata que o asilo tinha por função não o tratamento, mas a tarefa de promover a limpeza social dos indesejáveis, um verdadeiro depósito de isolamento e exclusão visando a segregação social e não a cura (o louco foi igualado ao miserável e ao criminoso, que só causavam transtornos à cidade), característica que só mudaria devido aos esforços de Pinel (1745-1826) que concebeu a loucura como um problema médico-social ainda que ligado à moral.

Para Pinel (conforme citado por Foucault, 2000b) os loucos deveriam ser tratados e não surrados, deveriam ser “reeducados” em sua moral e reinseridos na comunidade quando curados, inaugurando a psiquiatria moderna que estudava e tentava viabilizar a capacidade/incapacidade de reinserir os loucos na sociedade - o pensamento pineliano se insere no contexto de pressões sociais da Revolução Francesa: internar sem perspectivas de tratamento constituía privação da liberdade e desrespeito aos direitos dos homens.

Combatida, mas não findada a prática de castigos físicos, os séculos XVIII e XIX presenciariam a medicalização da loucura (tornar médico um problema que na origem era social). Segundo Lanteri-Laura (1994) via-se a loucura como desequilíbrio organofisiológico do indivíduo devido à lesão no cérebro com conseqüente não-adaptação às normas sociais, sendo função da medicina readaptar o indivíduo por intermédio de tratamento específico com tônicos, sangrias, purgações, banhos, inoculação de sarna, exercícios etc. A loucura neste contexto era entendida como *lesão orgânica* que levaria a desadaptação funcional do sujeito na sociedade.

Carrara (1998) comenta que a psiquiatrização da loucura enfatizando a determinação orgânica

levou, em meados do século XX, ao desenvolvimento da farmacologização e nova pressão pela hospitalização/internamento do doente como única possibilidade de cura, pois o psiquiatra, desde os fins do século XVIII, tornara-se o local sabedor da loucura, o organizador do espaço da instituição psiquiátrica e da direção do tratamento, sendo esta instituição (o hospital, o manicômio) o paradigma de cura mesmo quando existissem dispositivos extra-asilares e recursos inter ou multiprofissionais.

O hospital psiquiátrico se inseria segundo Foucault (1999) nos dispositivos disciplinares de “aprisionamento dos corpos”, ou segundo Goffman (1974) seria um dos tipos de “instituições totais”, cujas principais características seriam o constante controle do tempo, espaço e ações dos internos/loucos, a submissão inquestionável destes aos poucos profissionais que estabelecem os tratamentos e perspectivas de recuperação, a impossibilidade do interno decidir sair da instituição ou interromper o tratamento, em suma, de promoverem a exclusão social dos que propuseram tratar.

Ainda segundo Foucault (1999) e Goffman (1974) nestas instituições haveria uma clara divisão entre o grupo que controla (técnicos especializados) e o controlado (internos) causando submissão dos segundos aos primeiros que não raro extrapolaria as medidas ditas terapêuticas consideradas necessárias pelos especialistas, gerando privações extras aos internos como: barrar/restringir o acesso à informação, estabelecer a ociosidade generalizada e a ausência de atividades que visassem a recuperação adequada, confinamento excessivo, violação de correspondência pessoal, negação de possuírem objetos pessoais ou estimados, agressões físicas quando não cumpridas as “regras”, enquadramento forçado em atividades coletivas (horários para banho, alimentação, acesso a pavilhões, alas, quartos e atividades, uso de uniformes e cortes de cabelo), medicação obrigatória, uso do eletrochoque e celas-fortes como punições, entre outros.

Como tais práticas não geram a cura, Foucault (1999) comenta que o funcionamento destas instituições visa apenas a produção de saberes que justifiquem poderes que cada vez mais promovam o controle dos atos e submissão dos acometidos às

regras institucionais, endossando a “justificação” de internamento/isolamento constante ou permanente.

Estas práticas institucionais, inauguradas nos asilos que têm resquícios até hoje, por si só atentam aos direitos humanos dos internos, e provocariam pouco a pouco a mortificação, despersonalização e perda da identidade destes dificultando a reinserção social dos mesmos – vide os comentários de Basaglia (1985) para o contexto italiano e Machado (1978) para o brasileiro.

Críticas e reformas: novo objeto e práticas

Os estudos de Foucault (1999) e Goffman (1974) serviram de base para as críticas formuladas após a Segunda Guerra Mundial às instituições totais como o hospital psiquiátrico: crítica à vigilância total e à submissão irrestrita às regras, às medidas punitivas e a massificação do tratamento, à medicalização excessiva, ao entendimento da loucura como lesão do intelecto e da vontade manifestada em comportamentos/sintomas específicos que devem ser pedagogicamente corrigidos e extirpados do indivíduo para sua adequação à norma social.

As propostas dos reformistas, segundo Amarante (1995a, 1995b), Desviat (1999) e Rotelli (1990), criticam a estrutura do modelo asilar do tratamento (internamento/isolamento) dizendo ser necessário novas práticas, buscando estas nas experiências da psicoterapia institucional francesa, nas comunidades terapêuticas americanas e inglesas e na terapia familiar. Tais práticas tentaram promover que o tratamento aos acometidos se desse cada vez mais próximo ao ambiente social, de caráter não-isolacionista e restrito ao médico psiquiatra, havendo maior e necessária participação de equipe multi/interdisciplinar, de familiares e da rede social do acometido no tratamento, promovendo a horizontalização das relações entre os acometidos e seus cuidadores.

Nas décadas de 1960 e 1970, segundo Desviat (1999), influenciadas pela psiquiatria de setor de origem francesa e psiquiatria comunitária e preventiva americana, as propostas de reforma visaram extrapolar o ambiente hospitalar, localizando um novo objeto e causando uma verdadeira revolução no entendimento (conceito) e tratamento (prática) da loucura: não mais “doentes mentais” com lesões cere-

brais, mas promoção da *saúde mental* dos acometidos junto ao aumento da rede assistencial extra-hospitalar, sendo o hospital psiquiátrico não mais que um centro referencial do sistema de saúde que visa a gradual desospitalização¹ dos internos e a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como a instalação da tríade prevenção/tratamento/reabilitação.

A novidade estaria na proposição e reformulação do conceito de *saúde mental* como eixo diagnóstico, pois segundo as definições da Organização Mundial da Saúde de 1948 (OMS, 2001) a saúde seria um estado de bem-estar físico, mental e social para-além da ausência da doença. Assim, se deu um “alargamento” (e complexização) das concepções sobre saúde/doença: o diagnóstico de transtorno mental feito por um especialista seria insuficiente para instituir a necessidade de tratamento, pois os acometidos/doentes poderiam ter saúde mental (viver bem na rede comunitária) e os não acometidos poderiam padecer da saúde mental em diversos e variados graus.

Nos fins da década de 1960 e início da de 1970, segundo Desviat (1999), devido às insuficiências das (mas importantes) propostas reformistas anteriores², houve concepções extremadas como a antipsiquiatria inglesa (negando completamente a eficácia e validade da psiquiatria e da existência da doença mental) e outras menos extremadas como a psiquiatria democrática italiana de orientação basagliana (que influenciou muito a experiência brasileira) na proposição

de práticas para transformar a atenção à saúde mental, por exemplo, a não separação proposta e construída pela psiquiatria tradicional entre o objeto ficcional “doença” mental do contexto social: doença como objeto isolado não existiria, não existindo portanto uma “cura” como queriam os psiquiatras. Também se propunha a horizontalização das relações de poder permitindo aos usuários dos serviços uso e pertença de objetos pessoais, direito ao corpo (não mais constrangido aos cortes de cabelo ou uniformes), à palavra (inviolabilidade da correspondência, participação em assembleias dos centros de tratamento, entre outros direitos) e de terem seus direitos, gostos e desejos assegurados e garantidos, propondo ainda reformulações no trabalho de equipe (avaliações e supervisões institucionais; necessidade de maior profissionalização), focando e enfatizando os dispositivos sociais substitutivos e comunitários (como os apartamentos-terapêuticos) ao invés do hospital de internamento.

Esta proposição de reforma teve como principais marcadores ver a doença como *sofrimento existencial* dos pacientes em suas relações com o corpo social (saúde mental), questionando as próprias práticas institucionais, os diagnósticos deferidos e os tratamentos psiquiátricos proferidos, enfatizando os recursos comunitários e a rede assistencial de apoio para promover a reinserção social, pois saúde física/mental deveria ser compreendida como recurso (individual e social) para a vida diária e não como objeto dela.

Todavia, a experiência italiana teve um aspecto diferencial da brasileira para se firmar, que foi a Lei 180 da Revisão Psiquiátrica Italiana (Itália, 1978) que determinou a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos no país e revogou o artigo do Código Penal Italiano que atrelava o caráter do acometido ao de *periculosidade criminal*, não possibilitando mais internamentos de duração indeterminada. Por sua vez, a experiência brasileira (Amarante, 1995a) não cessou no plano do direito criminal o caráter de *periculosidade* e não cessou no plano do direito civil a possibilidade de *interdição* dos acometidos de sofrimento mental. No Brasil, o plano estatutário dos portadores de sofrimento mental pouco mudou após nossa “reforma”.

¹ *Desospitalização* (proibir ou diminuir o acesso dos portadores de sofrimento mental à internação em hospital psiquiátrico) não corresponde à *desinstitucionalização*; esta última não é uma reação contra a instituição hospitalar manicomial nem ao saber psiquiátrico, mas contra o uso do aparato ideológico (poder) da psiquiatria, propondo um resgate da subjetividade do acometido e entendendo a doença como parte da vivência do indivíduo e não como parte a ser extirpada.

² Por exemplo, segundo Rotelli (1990), a psiquiatria comunitária e preventiva americana inaugura práticas novas (prevenir), mas em contrapartida também tinha a necessidade de selecionar os que merecem atendimento, causando um déficit entre a demanda e o oferecimento do serviço de tratamento; a instalação de centros comunitários causou em certos lugares o fenômeno ‘giratório’: usuários não internados procuravam uma instituição para tratamento, e no fim deste procuravam outras instituições e assim sucessivamente.

Direitos civis e penais

Para Tenório (2002) a reforma psiquiátrica brasileira teve como princípios orientadores a experiência italiana com o propósito de reduzir leitos em hospitais psiquiátricos, estabelecer a garantia de manutenção de assistência aos egressos desses hospitais, criar/sustentar rede extra-hospitalar eficaz (NAPS, CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, ambulatórios, programas de suporte social etc.) segundo os princípios do SUS (autonomia municipal quanto às propostas reformistas e uso de recursos financeiros e humanos) e a defender e promover os direitos humanos dos pacientes usuários desses serviços.

Ainda segundo Tenório (2002) a reforma da rede extra-hospitalar e a legislação que a sustentava visaram aperfeiçoar tanto o aparato técnico (formação dos profissionais de saúde mental) quanto o gerenciamento de recursos financeiros e humanos destinados a estas instituições de maneira a racionalizar e humanizá-las, criando uma rede de apoio eficiente que servisse de alternativa à simples internação/isolamento do acometido ao incorporar ao tratamento os familiares e a comunidade (antes vistos como desnecessárias e prejudiciais).

Houve no Brasil o endosso àquilo que se denominou “modo de ação psicossocial”, que segundo a OMS (2001) seria um processo facilitador de oportunidades para que indivíduos prejudicados, inválidos ou dificultados por desordem mental, alcançassem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade, considerando também a importância de fatores políticos e biossociais como determinantes do sofrimento mental, visando o *reposicionamento* do indivíduo como agente ativo de mudança pessoal e social.

Sobre o resgate dos direitos humanos dos acometidos algumas datas são de fundamental importância: em 1989 a intervenção da Prefeitura de Santos na Santa Casa de Saúde Anchieta e a criação do primeiro NAPS na cidade de São Paulo; em 1990 a Conferência/Declaração de Caracas (Brasil, 1990); em 1987, 1992 e 2001 as Conferências Nacionais de Saúde Mental no Brasil; em 2004 o Congresso Brasileiro do CAPS; o projeto de lei 3.657 de 1989 tornado Lei nº 10.216 em 6.4.2001 (Brasil, 2001) e da Carta de Brasília de 2005 (Brasil, 2005) que reafirmou os

princípios norteadores em saúde mental estabelecidos na Declaração de Caracas.

Dado que a investigação proposta visa explorar questões relativas aos direitos dos sujeitos acometidos de sofrimento mental, retomar algumas reflexões pode ser esclarecedor. Depois de internados em instituições os acometidos não raramente foram assujeitados às ordenações e práticas que visavam exclusivamente demarcar a disparidade de poder entre aqueles que “tratam” e os que são “tratados”, instituindo um tipo de violência e exclusão “justificada” pelo saber psiquiátrico sobre os que carecem de atendimento: o interno deveria aceitar passivamente sua diferença em relação à normalidade e às práticas que lhe eram impostas visando a cura da doença.

Mesmo que as novas práticas terapêuticas advindas da reforma psiquiátrica (principalmente cessar castigos físicos e formas de opressão, transmutadas em sensível melhora de saúde dos acometidos) concebiam o ato terapêutico como ato político de reinserção social dos acometidos na tentativa de resgatar suas dignidade, autonomia, direitos e subjetividade (Amarante, 1995b; Delgado, Gomes & Coutinho, 2001), há relações sociais que atravessam as instituições influenciando os profissionais e usuários em saúde mental como as advindas e formuladas pelo e no ordenamento jurídico.

Mesmo com os avanços assegurados após a promulgação da lei 10.216/2001³ (Brasil, 2001), diferente da legislação italiana a lei brasileira não cessou a característica de *periculosidade* que o acometido supostamente possuiria, pois segundo os códigos penais e civis poderia a qualquer momento - devido a seu desajuste - cometer atos contra si próprio ou contra as relações sociais contratuais.

³ Por exemplo, assegura aos portadores e responsáveis ou familiares: acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde; respeito visando a recuperação pela inserção na família, trabalho e comunidade; proteção contra abusos e explorações; sigilo de informações; não discriminação quanto à raça, cor, sexo, origem, orientação sexual, religião, opção política, idade, nacionalidade etc. na proposição de tratamento; acesso a qualquer tempo às informações sobre a doença e formas de tratamento; proíbe construção de hospitais psiquiátricos entre outros.

Mas há razões históricas para esta ligação: a construção no Brasil da noção de doença mental e seu campo de saber (psiquiatria) estiveram ligadas com a delimitação da justiça cível e criminal (Carrara, 1998; Peres & Nery Filho, 2002).

Carrara (1998) elucida que as noções de degenerescência (Morel) e de antropologia criminal (Lombroso) influenciaram e definiram o estatuto jurídico do doente mental no Brasil desde a formulação de nosso primeiro código penal em 1830. Segundo concepções do código de 1830 o louco não possuiria as características fundamentais dos sujeitos de direito necessárias ao bom convívio e adequação social como o *livre-arbítrio* das decisões e a *responsabilidade* de seus atos, devendo, quando atentassem às normas sociais, serem tratados em Santas Casas de Saúde (para Machado, 1978, eram instituições de caráter asilar) para recuperarem os sentidos perdidos.

Já com o advento do Código Criminal Brasileiro em 1890 o louco e a loucura continuaram considerados como destituição da razão, livre-arbítrio e autonomia dos atos, mas os juristas entendiam que diferente da legislação anterior os acometidos deveriam ser responsáveis quanto às conseqüências de seus atos, pois a loucura já não era entendida com afecção da razão/intelecto, mas da moral: o ato contra a sociedade não era devido à pouca inteligência, mas à corrupção do senso moral (Machado, 1978).

Estes avanços e recuos tornaram a questão complicada: todos os atos desviantes da norma social (delitos, crimes, delírios, comportamentos bizarros etc.) eram considerados como corrompidos moralmente, fruto de degeneração hereditária ou adquirida por hábitos. Assim, o louco já não era mais àquele que faltava a razão, mas sim à moral ou à adequação as regras da boa adaptação, necessitado que alguém pudesse medir a abrangência e estipulasse a duração e possibilidade de saneamento dessa inadequação⁴: o

⁴ Foi, segundo Carrara (1998) e Peres e Nery Filho (2002), ao se atribuir à loucura o caráter de desvio à moral (e de certa maneira um desvio intencional do indivíduo...) os demais desviantes desta (embriagados, prostitutas, homossexuais, proxenetas, epiléticos, narcotizados etc) foram aos loucos aproximados e tratados nos mesmos estabelecimentos; daí às constantes indistinções entre loucura/sexualidade, loucura/criminalidade etc.

século XIX viu este papel ser destinado ao médico alienista, ao psiquiatra e ao perito, numa verdadeira invasão do tribunal pelo saber médico.

Devia o perito decidir sobre a sorte futura do acometido aferindo seu grau de *responsabilidade civil* (poderia entender e exercer os atos contratuais fundamentais ao bem viver?, poderia saber da necessidade de repará-los?) e *penal* (estaria cômico de suas ações delituosas ou não?) nas ações efetivadas e sua *periculosidade* (poderia repetir o ato considerado imoral perigoso ao ordenamento social?, haveria esperança em tratá-los?). Como se pode depreender, o elemento intelectual (a inteligência) não deixou de figurar na definição da loucura, sendo somado e definido pelo moral.

Para efeitos de clareza na exposição argumentativa primeiro será apresentado as questões relativas à esfera criminal, e depois à civil.

Esfera Criminal

As questões postas pelo código de 1830 e 1890 vão encontrar “respostas” em 1940 com a redação do Novo Código Penal (Brasil, 1940) e do Código de Processo Penal (Brasil, 1941), os que atualmente vigoram.

Pelo Código Penal (Brasil, 1940) o *doente mental* (expressão designativa no código) poderia cometer crimes (como qualquer outro cidadão) mas as penas aplicadas deveriam ser atenuadas (de um a dois terços) caso o sujeito entendesse as conseqüências do ato realizado, ou aplicar-se-ia medidas de segurança caso não as entendesse⁵.

⁵ De maneira concisa diz o código penal que a *pena* seria o “pagamento” do sujeito que sabe/sabia dos danos conseqüentes de suas ações supostas intencionais, sendo uma maneira de proteger a sociedade apartando-o por um tempo específico pré-estabelecido, que depois de cumprido, pode retornar a mesma; a *medida de segurança* por sua vez supõe que o autor da ação não seria capaz de entender as conseqüências de seus atos, devendo ser apartado por tempo indeterminado até que se evidencie (pela perícia) a “tomada de consciência” pelo indivíduo para que possa partilhar novamente da vida em sociedade. Isso não quer dizer, de maneira alguma (e Foucault, 1999, já bem o disse), que o tempo de detenção esteja relacionado com a eficácia da recuperação e/ou reinserção social; os criminosos, sejam doentes mentais ou não, raramente são alvo de políticas específicas que visem a reinserção social.

O código penal em seu artigo 26 divide a imputabilidade (entendimento da ação, suas conseqüências e expiação da culpa) em três categorias, como *imputáveis* os que compreendem a conduta antijurídica agindo de maneira consciente e passíveis de pena de detenção, *inimputáveis* os que não sabem da gravidade e das conseqüências do ato cometido e passíveis de medida de segurança, e os *semi-imputáveis* que são os inimputáveis que cometeram o ato no chamado “intervalo lúcido” devendo cumprir penas diminuídas ou submetidos às medidas de segurança.

O estatuto jurídico criminal do doente mental é definido no Código Penal *a priori* como *inimputável* (não teria condições plenas devido à sua *constituição mental* de entender e responder por seus atos), mas que poderia ser tornado e considerado em certas ocasiões *semi-imputável* (mas nunca imputável) caso o perito médico/psiquiatra averiguasse que no momento da ação criminosa o autor agiu no denominado *intervalo lúcido*, um momento na própria dinâmica da alienação que possibilitaria o entendimento das conseqüências da ação criminosa (Cohen, 1996a, 1996b): o doente não deixava de ser um acometido por princípio, mas poderia num momento determinado (não pela recuperação perfeita da razão, mas de um momento suficiente de restauro da lucidez mental) ser considerado minimamente capaz de compreender as conseqüências do ato criminoso, podendo ser preso e penalizado com atenuantes.

O que causaria confusão e estaria em constante discussão, segundo Carrara (1998) e Segre (1996a, 1996b), não seria a definição de loucura, mas sim a de *crime* proposta no código de 1940 e o conseqüente *status jurídico* do doente mental: “crime” seria a ação *consciente* do sujeito. Se um doente mental praticasse ato definido pela legislação como crime, do ponto de vista da definição jurídica seria ele capaz de compreender seu ato e repercussões devendo ser considerado imputável, mas como a tradição médica apontava para a debilidade das funções mentais destes indivíduos (não consciência e responsabilidade de suas ações, sua inimputabilidade), forjou-se e supôs-se a possibilidade da existência de um momento mental na doença mental de semi-compreensibilidade da ação delituosa (*intervalo lú-*

cido) com a respectiva semi-imputabilidade; ou seja, o doente mental “entenderia” a ação danosa sem deixar de ser um alienado das faculdades racionais e mentais.

A Justiça não estava preocupada com a doença mental do indivíduo (esta era atribuição do campo médico), mas sim saber se no momento da ação ele estava lúcido ou não para definir como *deveria ser imposta a atribuição de responsabilidade*, isto é, pena repressiva ou medida de segurança.

Portanto, se considerado pelos peritos como louco ou doente mental, não poderia ser culpabilizado e condenado por lhe faltarem os elementos essenciais/constantess na boa adaptação à sociedade, mas deveria retribuir o dano causado: mesmo inimputável era responsável. Daí a criação e estabelecimento de medidas de segurança e de lugares diferenciados para que fossem responsabilizados: hospitais de custódia ou manicômios judiciários cuja permanência não serviria – em teoria – para impingir-lhes expiação da culpa ou repressão pelo ato (intenção das penas), mas sim a reclusão como forma de *prevenção social* por tempo indeterminado até cessar o estado de periculosidade, tempo este avaliado por profissional competente que determinava a cessação ou continuidade deste estado, artigo 26 Brasil (1940) e Cohen (1996b). O louco não era criminoso, era perigoso.

O perito deveria averiguar se o indivíduo conhecia a ilicitude do fato ou se podia reconhecê-la posteriormente (Moura, 1996), avaliando sua capacidade mental, esta entendida como faculdade da vontade consciente que visava deliberadamente a máxima adaptação social e o bem comum⁶ – atributos ausentes aos doentes mental. A perícia, antes médica psiquiátrica e depois multidisciplinar (Fontana-Rosa, 1996; Conselho Regional de Psicologia, 2000) visa constatar o diagnóstico e o prognóstico do doente mental para averiguar o grau de imputabilidade da ação e sua periculosidade, pois a sentença do juiz nestes casos se pauta no resultado da perícia.

A disparidade estaria no fato de que os imputáveis seriam medidos pelos atos cometidos no pas-

⁶ À psicopatologia forense e ao trabalho dos peritos faltou uma leitura debruçada em psicanálise (Lacan, 1950/1998).

sado, e os doentes mentais seriam medidos também por aquilo que poderiam no futuro cometer (dado que são, de antemão, perigosos). Portanto, ser doente mental pode ser entendido como agravante nas relações criminais.

Esfera civil

Em relação à esfera civil o perito deve averiguar a capacidade de entendimento e as consequências das ações estabelecidas nos contratos cíveis (casamento, direito de herança, capacidade de exercício do pátrio-poder, deixar testamento ou receber herança e donativos, contrair ou desfazer vendas, compras e locações, votar e ser votado, ser testemunha ou fiador etc.).

No Código de Processo Civil (Brasil, 1973) as graduações da capacidade civil seriam as de *plena capacidade* (maiores de 21 anos sem desarranjos na saúde mental), *incapacidade relativa* (maiores de 16 anos mas menores de 21 anos; os pródigos e os silvícolas não-civilizados) e *incapacidade absoluta* (menores de 16 anos, os *loucos* e os surdos-mudos).

Segundo o Código Civil Brasileiro (Brasil, 1916) em seu artigo 5º considera como incapazes absolutos os “*loucos de todo gênero*”. A crítica que se faz a esta prática (Fontana-Rosa, 1996; Moura, 1996) é que existiriam graduações da loucura e doença, pois nem todos os considerados doentes mentais perderiam totalmente sua capacidade de entendimento e poder para exercer sua capacidade civil, devendo haver a proposição de um dispositivo de interdição parcial que atendesse às especificidades de cada indivíduo acometido.

Dessa maneira, apoiado no saber médico/psiquiátrico da loucura e da doença mental (no qual a psicologia influenciará), o trabalho de perícia cível segundo Fontana-Rosa (1996) considera principalmente o enquadre nosográfico da doença mental em detrimento das capacidades singulares do indivíduo, pois ao perito é delegada a função de traçar o diagnóstico (qual doença o acomete?) e estabelecer o prognóstico (segundo características próprias do quadro sintomático o indivíduo poderá ou não recuperar a dominância de seus atos?).

Ou seja, o perito na realidade averiguará o diagnóstico e não a capacidade civil como elemento

isolado. Também para Moura (1996) o exercício daqueles que realizam as perícias cíveis não é a aferição da capacidade civil, mas sim a avaliação psiquiátrica e psicológica estabelecendo diagnósticos de transtornos mentais a partir dos quais a capacidade civil é aferida pautada no conhecimento científico consagrado sobre cada diferenciação diagnóstica, como se houvesse ligação natural entre ambos.

Segundo este autor as classificações diagnósticas e suas correlações com a capacidade civil (incluiremos as criminais para uma visão geral sobre os direitos dos portadores de doenças mentais) seriam as seguintes, sendo o entendimento que os profissionais oferecem próximo da fórmula “para cada diagnóstico a categoria é”: os *oligofrênicos* (os que não tiveram desenvolvimento das faculdades mentais conforme o esperado, separados em três categorias segundo o coeficiente de inteligência em idiotas, imbecis e débeis mentais) seriam inimputáveis e incapazes absolutos; os *epilépticos* seriam imputáveis, mas capazes; os *esquizofrênicos* seriam inimputáveis e incapazes; os acometidos de *psicose maniaco-depressiva* seriam imputáveis ou semi-imputáveis (caso cometessem o ato em momentos de crises) e incapazes; os *paranóicos* seriam inimputáveis e de capacidade relativa; os de *personalidade psicopática* seriam imputáveis ou semi-imputáveis, mas plenamente capazes, praticamente esgotando assim o campo das afecções mentais.

Ao propor categorias estanques diagnósticas para a compreensão da capacidade civil se apagaria duas vezes o indivíduo: uma pela possível perda de seus direitos civis, outra pela supressão da subjetividade e possibilidade de reger a vivência de determinados direitos.

Vê-se que as perícias criminal e civil visam a aferição da imputabilidade, da responsabilidade criminal e da responsabilidade civil. Esta última deve ser entendida em dois planos: o primeiro já apresentado como capacidade de responder ao exercício dos direitos individuais, dos quais os doentes mentais na maioria são interditados; e segundo como capacidade de entender ações contra a norma social e pessoas e a necessidade de ressarcí-las ou indenizá-las. Os *loucos de todo o gênero* por serem incapazes absolutos diferente da ordenação criminal não são

considerados responsáveis pelos danos a terceiros no plano civil (seja o ato resultado de comissão ou omissão, lícitos ou ilícitos – Código de Processo Penal (Brasil, 1973), sendo que esta responsabilidade recairia sobre seus representantes legais, familiares ou curadores.

A responsabilidade civil de indenização/reparação não cessaria, ela apenas seria transferida, e esta é considerada mais uma disparidade da legislação se comparada aos postulados e intenções das práticas reformistas: contribuiria mais à percepção e assimilação da subjetividade do acometido como ser ativo na sociedade se fosse responsabilizado, e não ao contrário.

Por vezes, as boas ações da Justiça (que visa proteger os menos capacitados e/ou os “diferentes”) reforçam de maneira sutil estas mesmas diferenças, podendo perversamente negativá-las.

Considerações finais

Diante dessas colocações, mesmo considerando os avanços da lei 10.216 de 2001 (Brasil, 2001), faz-se necessário por parte dos profissionais diretamente envolvidos no tratamento desta população repensar e pressionar junto às autoridades judicantes por reformulações drásticas e consistentes nesses tópicos legislativos, como a experiência italiana mostrou ser possível, e desenvolver e multiplicar junto aos profissionais de saúde mental novas práticas e conceitos sobre doença mental, sofrimento psíquico, capacidade de entendimento e ação, tratamento, necessidades e direitos dos usuários dos serviços, pois só dessa maneira os acometidos poderão ser vistos não como estigmatizados e deficitários, mas como portadores de subjetividade e direitos inalienáveis.

Referências

Amarante, P. (1995a). *Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: SDE/ENSP.

Amarante, P. (1995b). Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11, 491-494.

Basaglia, F. (1985). Instituições da violência. In F. Basaglia (Org.). *A instituição negada* (pp. 99-133). Rio de Janeiro, RJ: Graal.

Brasil. (1940). *Decreto Lei nº 2848 de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. Retirado em 25 março 2006, de <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/16/1940/2848.htm>

Brasil. (1941). *Decreto Lei nº 3689 de 3 de outubro de 1941*. Código de Processo Penal. Retirado em 25 março 2006, de <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/18/1941/3689.htm>

Brasil. (1973). *Lei nº 5869 de 11 de janeiro de 1973*. Código de Processo Civil. Retirado em 25 março 2006, de <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/17/1973/5869.htm>

Brasil. (2001). *Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm

Brasil. Ministério da Saúde. (1990). *Relatório da Declaração de Caracas*. Retirado em 2 abril 2006, de http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=23107

Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Carta de Brasília*. Retirado em 2 abril 2006, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_final.pdf

Brasil. Presidência da República. (1916). *Código Civil Brasileiro*. Retirado em 2 abril 2006, de <http://edutec.net/Leis/Gerais/ccb.htm>

Carrara, S. (1998). Loucos & criminosos. In S. Carrara. *Crime e loucura: O aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século* (pp. 61-125). Rio de Janeiro, RJ: EDUERJ/EDUSP.

Cohen, C. (1996a). Medida de segurança. In C. Cohen, F. C. Ferraz & M. Segre (Orgs.). *Saúde mental, crime e justiça* (pp. 171-186). São Paulo, SP: EDUSP.

Cohen, C. (1996b). Intervalo lúcido. In C. Cohen, F. C. Ferraz & M. Segre (Orgs.). *Saúde mental, crime e justiça* (pp. 73-76). São Paulo, SP: EDUSP.

- Conselho Regional de Psicologia. (2000). *Manual de elaboração de documentos decorrentes de avaliações psicológicas*. Retirado em 2 abril 2006, de http://www.actran.com.br/manual_de_elaboracao_psic.htm
- Delgado, P. G. G., Gomes, M. P. C., & Coutinho, E. S. F. (2001). Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17, 452-453.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Eurípides (1999). *Medéia, Hipólito, As troianas*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Fontana-Rosa, J. C. (1996). Perícia psiquiátrica. In C. Cohen, F. C. Ferraz & M. Segre (Orgs.). *Saúde mental, crime e justiça* (pp.171-186). São Paulo, SP: EDUSP.
- Foucault, M. (1999). Os recursos para o bom adestramento. In M. Foucault. *Vigiar e punir: História da violência nas prisões* (pp.143-161). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (2000a). Médicos e doentes. In M. Foucault. *História da loucura na época clássica* (pp. 297-338). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Foucault, M. (2000b). Nascimento do asilo. In M. Foucault. *História da loucura na época clássica* (pp. 459-503). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Goffman, E. (1974). As características das instituições totais. In E. Goffman. *Manicômios, prisões e conventos* (pp. 13-84). São Paulo, SP: Perspectiva.
- Italia. (1978). *Legge 13 maggio 1978 n° 180*. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Disponível em: <http://isole.ecn.org/telviola/L180.HTM>
- Lacan, J. (1998). Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 127-151). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Original publicado em 1950).
- Lanteri-Laura, G. (1994). Perversões e medicina no século XIX. In G. Lanteri-Laura. *Leitura das perversões* (pp.29-60). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Machado, R. (1978). Aos loucos o hospício. In R. Machado. (Org.). *Danação da norma: Medicina social e constituição psiquiátrica no Brasil* (pp. 423-492). Rio de Janeiro, RJ: Graal.
- Moura, L. A. (1996). Imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade. Em: In C. Cohen, F. C. Ferraz & M. Segre (Orgs.). *Saúde mental, crime e justiça* (pp. 85-103). São Paulo, SP: EDUSP.
- Muraro, R. M. (1997). Breve introdução histórica. In H. Kramer & J. Sprenger (Eds.). *Malleus maleficarum: O martelo das feiticeiras* (pp.5-17). Rio de Janeiro, RJ: Rosa Dos Tempos.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2001). *Relatório sobre a saúde mental no mundo*. Retirado em 2 abril 2006, de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Peres, M. F. T., & Nery Filho, A. (2002). A doença mental no direito penal brasileiro: Inimputabilidade, irresponsabilidade, periculosidade e medida de segurança. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9, 335-355.
- Pessotti, I. (1994a). Conceito de loucura na Antigüidade. In I. Pessotti. *A loucura e as épocas* (pp. 12-51). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.
- Pessotti, I. (1994b). A doutrina demonista. In I. Pessotti. *A loucura e as épocas* (pp. 53-120). Rio de Janeiro, RJ: Editora 34.
- Rotelli, F. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Segre, M. (1996a). Criminogênese. In C. Cohen, F. C. Ferraz & M. Segre (Orgs.). *Saúde mental, crime e justiça* (pp. 33-45). São Paulo, SP: EDUSP.
- Segre, M. (1996b). Considerações sobre aspectos jurídicos da criminologia. In C. Cohen, F. C. Ferraz & M. Segre (Orgs.). *Saúde mental, crime e justiça* (pp. 47-53). São Paulo, SP: EDUSP.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9, 25-59.

Este artigo foi fruto de estudo e reflexões críticas desenvolvidas na disciplina “Saberes e Práticas em Saúde Mental” ministrada pela Profa. Dra. Luciane P. Kantorski da Universidade Federal de Pelotas no curso de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP, entre os dias 20 e 24 de março de 2006 que se ligam às atividades profissionais do autor. O autor agradece as sugestões da Profa. Dra. Toyoko Saedi (coordenadora do curso de Pós-Graduação da EERP/USP e colaboradora da disciplina acima citada) que estimulou a elaboração deste artigo.

Artigo recebido em 17/04/2006.

Aceito para publicação em 23/04/2007.

Endereço para correspondência:

Rafael De Tilio. Rua São José, 634 apto.22,
Centro, CEP 14010-160. Ribeirão Preto-SP. E-mail:
rafaeldetilio@pg.ffclrp.usp.br

Rafael De Tilio é Doutorando do Programa em Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto.