

V SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM PRISÃO

09 a 11/12/2019, FFLCH-USP, São Paulo-SP

Grupo de Trabalho: GT 21 – Prisões, Saúde Mental e Exclusão

**AS PRÁTICAS LEGITIMADORAS DA CRIMINALIZAÇÃO DA LOUCURA E A
INEFICÁCIA DA LEI 10.216 AO LOUCO INFRATOR**

Thais Lasevicius
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Heloísa Gonçalves Alexandre
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Título: As práticas legitimadoras da criminalização da loucura e a ineficácia da Lei 10.216 ao louco infrator

Resumo: Este artigo teve por objetivo contribuir na discussão da prevalência da criminalização da loucura, justificada por laudos psiquiátricos, psicológicos e sociais, endossados ainda pelo conceito de periculosidade do Código Penal Brasileiro de 1940, acreditando que o encontro entre o direito penal, a psiquiatria e outras áreas das ciências sociais e saúde utilizam como forma de legitimar a normalização do comportamento do “sujeito louco”. Para desmistificar os conceitos de periculosidade e verificar a hipótese dessa criminalização, utilizou-se como metodologia um levantamento bibliográfico referente à temática nas áreas de direito penal e psiquiatria forense e a partir dos resultados encontrados, percebeu-se uma caracterização da loucura enquanto forma positivista e patologizante, de estigma e segregação. A conclusão do presente trabalho foi, com base na análise através da criminologia crítica e referências em saúde mental sobre o estudo da loucura, a problematização da forma como é vinculada a noção de crime do sujeito com algum transtorno mental, sustentando também, uma reflexão sobre a forma como se dá a validação para a punição da loucura, mesmo tendo em vigor a Lei 10.216/2001. Este artigo faz parte de um GT que discute saúde mental, crime e loucura a partir da Criminologia Crítica e do Abolicionismo Penal, dentro do Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Sociedade Punitiva, Justiça Criminal e Direitos Humanos - Profa. Dra. Andrea Almeida Torres (GEPEX.dh - Profa. AAT), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), campus Baixada Santista. Dialogando diretamente com a dissertação da pesquisadora principal, que discorre sobre narrativas de ex-pacientes judiciários e do processo de criminalização da loucura.

Palavras Chave: Periculosidade, Encarceramento, Loucura.

1. INTRODUÇÃO

Pouco se evoluiu desde que foram "constatados" os primeiros sujeitos loucos, em meados do século XVIII e XIX, em relação ao seu trato social, tendo na história um caminho cruel entre a descoberta e tentativa de tratamento à loucura. Ser um louco no século XXI, após a aprovação da Lei 10.216 de abril de 2001, teve alguns avanços, pois fora a partir desta que legalmente modificou-se o modo de cuidado desses sujeitos, no entanto somente relacionado ao âmbito da seguridade social, mais precisamente em um de seus pilares, a saúde, quando este "dispõe da vantagem" de ter uma mínima escolha de cuidado à partir dos dispositivos existentes no Sistema Único de Saúde, através do trabalho em rede e território. No entanto, esta Lei apresenta dificuldades, quando o estigma do perigo inerente empregado ao "louco criminoso" impossibilita o avanço na discussão deste cuidado, mantendo como forma de contenção de sua anormalidade os antiquíssimos aparatos do Estado, as instituições asilares de correção. Ao manter a inerência à periculosidade deste sujeito, pautados por Lombroso, o Código Penal Brasileiro alia-se a medicina psiquiátrica a fim de utilizar a sintomatologia e das ciências da saúde e sociais, para que os sujeitos com algum transtorno mental que cometiam alguma contravenção conseguissem ser contidos, embasado no discurso de cuidado e proteção da sociedade e do próprio sujeito.

Os desdobramentos da sociabilidade capitalista interferem nas relações sociais e no cotidiano vivido dos sujeitos, tanto dos "normais", quanto os "anormais" e acabam por deslocar para a especialidade da medicina, na psiquiatria, que tem em sua gênese analisar o quanto o sujeito é adoecido e quando sua "anormalidade" impõe um prejuízo significativo em suas relações pessoais, em seu trabalho, na família, em na sua integração "à sociedade" (BARROS, 2015) a resolutividade de como lidar com o louco que comete atos delituosos para uma determinada sociedade, combinado às outras áreas como a psicologia e das ciências sociais e humanas, aparenta uma intenção de manter o sujeito louco em contenção, podendo esta não ser somente medicamentosa, mas também física, e não em modificar a forma como a sociedade lida com o mesmo e também como delimita suas "regras de convívio", ou seja, o indivíduo tem que adaptar-se à uma sociedade que não sabe outra forma, a não ser tolhendo-o de fazê-lo existir. Utilizar os saberes parece não ser somente com a finalidade deste campo entender do adoecimento psíquico, mas sim em manter uma contínua e legítima criminalização da loucura, com avais técnico-científicos, não levando em consideração como e quando foram elaboradas as medidas de punição para todo e qualquer sujeito que pratique atos tido como "criminosos", com uma alteração mínima em relação ao louco infrator.

Com a intenção delinear de qual modo se é legitimada a criminalização da loucura, este artigo parte da história da loucura, e como a psiquiatria surge como normatizadora da vida e em qual momento a loucura necessita ser diagnosticada no Código Penal Brasileiro para que assim se constitua

um arcabouço histórico e teórico para adentrar no mito que envolve a periculosidade dos sujeitos loucos que cometem atos denominados “criminosos”. Por fim, será exposto como a Lei 10.216 de 6 abril de 2001 não se materializa no cotidiano dos sujeitos loucos que possuem condenação, além da própria ser violada pelo Sistema de Justiça ao não levar em consideração os fundamentais preceitos antimanicomiais e libertários da mesma.

2. A HISTÓRIA DA LOUCURA E A AFILIAÇÃO DA PSIQUIATRIA COMO TENTATIVA DE NORMATIZAÇÃO DA VIDA

Para Magalhães e Magalhães (2006), "o conceito de doença mental será embasado em uma cultura criada para proliferar a circulação do capital." (p. 95), ou seja, é a partir da evolução do sistema de acumulação capitalista que vemos surgir efetivamente as normas de controle e segregação sociais. Os autores citam que o conceito de "loucura" é um constructo recente e que a variação do mesmo ocorreu em torno do século XVIII e XIX, sendo que nesse último século citado, também coincidiu com o começo da criação das prisões. E ao longo desse período, até o século XX, a loucura passou por diversas concepções e acepções sociais. Os mesmos colaboram com a ideia de que já a partir do século XV, a loucura era algo tido como "comum" no coletivo social, em que mais se prezava sua aparição do que repressão (p. 95).

De acordo com os autores APUD Foucault (2002), as eras ditas como "clássicas" dos séculos XVII e XVIII foram o momento de "diferenciação da loucura", que Foucault denominou como "A Grande Internação", dada a inauguração do primeiro Hospital Geral, em 1656, local para abrigo oficial do louco. Os autores colocam que por toda a Europa foram criados asilos para loucos, mas que, coincidentemente, este acabou sendo não apenas o lugar daqueles "desprovidos de razão", mas de mendigos, prostitutas, desempregados, portadores de doenças, velhos, entre outras "categorias sociais" que claramente não serviriam à nova ordem social. Ainda de acordo com os autores citados: "enfim, todos aqueles que são divergentes ou inúteis para a ordem econômica, social e moral." (p. 96) e ainda que "em um contexto burguês como o da Europa a partir do século XV, o grande pecado capital era o ócio. Estas pessoas foram excluídas e depositadas em um asilo pelo simples fato de não serem úteis ao mercado de trabalho e, portanto, ociosas.

Adiante, Magalhães e Magalhães (2006) citam que “o internamento nas suas origens e no seu sentido primordial está ligado diretamente à higienização do espaço social." (p. 97). Logo, é nítido o caráter segregatório em nome de uma política econômica do capital que acaba por classificar, categorizar e selecionar aqueles mais adaptados ao seu sistema e, portanto, aqueles que se mantivessem fora do mesmo, acabam tendo como fins últimos as vias da exclusão, desagregação e marginalidade sociais. Segundo os autores, apenas a partir do começo do período da Revolução Francesa, as práticas de segregação como essas passaram a ter "fim", até pelo seu lema fundamental, - a liberdade, igualdade e fraternidade -, o combate à opressão e as formas de prisão se faziam vigentes e abriam as portas para

resoluções de possíveis formas de "cuidado" e "medicalização" dessa parcela da população.

A partir desse olhar de "cuidado" e "medicalização" do louco, diferentemente de outras parcelas populacionais da época, esse efetivamente era visto como aquele que era necessário a cautela e tão logo, a concepção do louco trazia consigo o estigma do mal e o perigo do mesmo para a sociedade. Ou seja, a segregação, punição e exclusão com relação aos ditos como "loucos" se perpetuava, mas agora com caráter do cuidado médico e de proteção social. De acordo com os autores:

[...] o momento em que a loucura é excluída socialmente, separada até mesmo de outras formas de marginalidade, passa a levantar questionamentos sobre a liberdade, o que antes era uma consequência para a inadequação social, passa a ser um fundamento, uma essência para a loucura. (MAGALHÃES E MAGALHÃES, 2006, p. 98).

Ou seja, é de fato a partir da Revolução Francesa, que mesmo com seus ideais libertários, acaba-se por enclausurar "oficialmente" o louco, a partir de um conceito fundamental que também se desenvolvia na época: o alienismo. Para Amarante (2007):

[...] este processo, que denominamos de medicalização do hospital, teve duas faces: o hospital se tornou a principal instituição médica, ou seja, foi apropriado pela medicina, absorvido por sua natureza; em contrapartida, a medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalares. O que isto significa? Que, se por um lado o hospital sofria transformações fundamentais com o processo de medicalização; por outro, o modelo científico da medicina sofria transformações que possibilitariam o nascimento da anatomoclínica. "Para Foucault, este processo de medicalização do hospital ocorreu em fins do século XVIII e foi operado, essencialmente, a partir de uma tecnologia política, que é a disciplina." (AMARANTE, 2007, p. 26)

A disciplina, para além do controle social, (que aqui tecemos a crítica de que se manteve, apenas foi reforçado e por que não, subjetivado pelo controle a partir do controle subjetivo da disciplina), esta então nada mais era do que a medicina tecendo seu lugar como controladora dos corpos, estes que se resumiam, portanto em corpo-doença, sujeito-doente, numa relação de simbiose em que o hospital, ao adquirir seu caráter medicalizante, também controlava esses indivíduos por meio do poder científico no qual lhes era dado e principalmente, estes lugares acabavam por tornarem-se locais de estudo, recepção e enquadramento patológico positivista do binômio único e extremamente utilitário do sujeito- doença. Nada mais natural nesse momento, portanto, do que a idéia de alienação, trazida pelo médico Philippe Pinel, que revolucionou os Hospitais Gerais de Paris com sua nova medida médica.

Amarante (2007) cita que:

Pinel inscreve-se nesta mesma ordem, ao propor a liberdade dos loucos que, embora liberados das correntes, devem ser submetidos a um tratamento asilar, sob um regime de completo 'isolamento'. Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela alienação. O primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do 'tratamento moral', o princípio do 'isolamento do mundo exterior', é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada na prática psiquiátrica contemporânea. (AMARANTE, 2007, p. 29).

Também segundo o autor, Pinel com sua "síntese alienada" de fato reformularam todos os Hospitais Gerais transformando-os nos Hospitais Psiquiátricos, confirmou a idéia das enfermidades mentais sob a ótica do alienismo mental e a posição e papel do profissional alienista nessa estrutura, além de colocar como terapêutica fundamental o "tratamento moral" para cuidar com os tidos como alienados. Para compreender essa conjuntura, devemos apreender primeiro qual é a lógica do pensamento alienista. Um alienado, ou o seu termo, era dito como aquele sujeito que tinha sua razão desorganizada, ou um "distúrbio no âmbito das paixões" (IDEM, 2007, p. 30), ou seja, a "razão" tida como consciência de algo estaria ali ainda, porém "fora da realidade", não estando consciente de forma completa, natural, de acordo com a ordem vigente de acepção moral.

Portanto, um sujeito que desconhece a realidade e a si mesmo, passa a ser um perigo para si mesmo e para a sociedade em que vive, tendo aqui a idéia do alienismo como vigente: era necessário retirar esse indivíduo do convívio social para que o mesmo "voltasse ao seu juízo normal" e deixasse de "ser perigoso" por estar "fora de si". O mesmo autor acaba também abrindo caminho para algo fundamental dentro dessa crítica que realizamos a questão da periculosidade: "na medida em que alguém nesta condição de alteridade poderia representar um sério perigo à sociedade, por perder o Juízo, ou a capacidade de discernimento entre o erro e a realidade, o conceito de alienação mental nasce associado à idéia de 'periculosidade'. Em certo sentido, pode-se considerar que ao longo de todos estes anos o conceito de alienação mental contribuiu para produzir, como consequência inerente à própria noção, uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais.

Alienação, perda da Razão, irracionalidade, animalidade." (p. 31), podemos apreender desse contexto então, com o avanço da psiquiatria e da medicina, no campo da normatização da vida pelo controle social e político, além da disciplina dos corpos, serviu para legitimar as variadas formas de punir, de forma mascarada por um discurso técnico-científico e terapêutico que passava a se tornar vigente naquele período. Para além do discurso terapêutico, escondido e velado nas atitudes coletivas, vemos então os objetivos da classificação e segregação sociais ganharem forma e conteúdo, alastrandose por toda a sociedade e fazendo valer dessa forma, o pensamento que imperava de que era necessário excluir tudo que era "perigoso", e invariavelmente, tudo que era tido dentro desse pressuposto eram justamente estruturas, pessoas e formas de pensar e ser no mundo que faziam posição contra os objetivos políticos e econômicos em um momento histórico no qual em um lado, as prisões e os futuros manicômios eram construídos, na mesma medida em que se intensificava as desigualdades sociais e a ordem do capital.

2.1. O SURGIMENTO DA LOUCURA COMO DISPOSITIVO DIAGNÓSTICO NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

Para compreendermos as origens históricas do argumento da loucura como dispositivo ímpar da junção dos saberes do direito jurídico penal a partir de um viés da criminologia positiva, precisamos, em primeiro lugar, retroceder ao momento no qual a psiquiatria passou a fazer parte desse aparato de segregação e estigma, legitimando-o com cientificidade médica. Para tanto, precisamos entender as funções, dentro da lógica histórica pautada no processo de historicidade da nossa sociedade, para então dialogarmos com o que de fato venha a ser a utilização da criminologia (e seu advento), bem como, a psiquiatria como o outro braço que dá veracidade às práticas de classificação e rotulação dos sujeitos privados de liberdade e especialmente aqueles que se encontram "à margem" de uma sociedade que produz e reproduz desigualdades.

Para Rauter (2003), partindo de um viés "foucaultiano", as relações de poder a partir de manutenção e propagação do controle social tomam como base a estrutura científica das ciências humanas para fazer valer a produção de "indivíduos úteis do ponto de vista da produção e dóceis do ponto de vista político" (p. 16). Para a autora, o nascimento da criminologia, aliada a essas novas formas de controle dizem mais de um processo de transformação quase que maquinário da sociedade, em estruturas como a medicalização, a escolarização, que ela chama de "maquinário industrial" e que a partir desses aparatos, com a hegemonia da criminologia, adquirem um discurso de "defesa da sociedade" (p. 18). Para tanto, a autora afirma:

[...] o aparelho judiciário e a instancia que possibilita e assegura as condições de exploração que um grupo de indivíduos exerce sobre outro na sociedade. Mas sua ação não deve ser entendida unicamente no sentido da repressão, da violência explícita da polícia, ou da exclusão pelo encarceramento. Ao lado destes efeitos mais visíveis, e posta em ação uma engrenagem que inclui também saberes destinados a instrumentar e validar tais procedimentos. (RAUTER, 2003, p. 19)

Ou seja, é a partir desses "braços científicos" do Judiciário, que seu poder oficialmente se legitima, no sentido de que ganha caráter técnico-científico, e tão logo, com um discurso positivista, legaliza todas as formas de controle social, das mais repressivas e evidentes e principalmente, as mais sutis e subjetivas. A mesma cita que é com o desenvolvimento da sociedade burguesa, que os meios para o controle dos tidos como indesejáveis à esse sistema acabam por proliferar: tudo que está à margem desse ideal portanto deve ser contido, controlado e principalmente normatizado, a fim de que o Estado burguês e suas defesas liberais prosperem.

A autora passa a citar marcos importantes para essa análise que ocorrem em meados do século XIX: em primeiro lugar, o desenvolvimento da medicina no Brasil tida como "social", que nada mais tinha do que um caráter higienista e classificatório. É com primeiro Código Penal de 1890, que a medicina passa, a partir do caráter observatório, viabilizar uma nova ciência que acaba por surgir, a criminologia. Tratando-se da criminologia, a mesma coloca:

[...] a criminologia, espécie de amálgama por vezes mal articulado e confuso das

ciências humanas, foi a via através da qual o Judiciário pode incorporar certas estratégias disciplinares que redefiniram as noções de delito e de punição e que modificaram a ação da justiça. Ela pode aparentemente se humanizar, revestir-se de uma finalidade terapêutica e de uma neutralidade científica." (RAUTER, 2003, p. 24)

Diferentemente da ideologia e do processo de idealização que cultivamos com os países europeus na época, Rauter (2003) afirma que no Brasil, nunca escondemos o caráter violento do controle social e punitivo, que tem na relação na luta de classes seu maior expoente, trazendo o que ela classifica como a combinação de "norma e repressão" (p. 24). A autora comenta que uma das principais "contribuições" da ciência criminológica foi o surgimento classificatório do "criminoso anormal", que até então não era compreendida e principalmente pouco debatida nos meios jurídicos-penais. Ela afirma então que é a partir da criminologia que o direito se tornará, portanto, uma ciência, no sentido de que terá a visibilidade e a viabilidade técnico-científica para operar.

É a partir do discurso criminológico que o traçado da criminalidade terá um único foco: o indivíduo enquanto ser particular, que é dotado de características específicas que ultrapassam o livre arbítrio ou o sentido da responsabilidade, mas sim, especificações inerentes às suas construções sociais, e especialmente, biológicas e hereditárias que trazem, a partir delas, o estigma já personificado do criminoso. Logo, "A lei surge, no discurso da criminologia, como um anteparo necessário que a sociedade deve opor a esta espécie de caos íntimo que habita todo ser humano." (RAUTER, 2003, p. 28), é aqui que, contextualizando a história no século XIX, vemos surgir na Europa as primeiras idéias de Lombroso, que logo são assumidas e personalizadas pelos operadores de Direito do país.

A autora enfatiza que já em 1833, existia no Brasil uma chamada "Casa de Correção da Corte", espaço que era dito como diferenciado da prisão para abrigar (o que difere de tratar), o chamado criminoso anormal. Com os primeiros discursos da medicina com caráter higienista e da ciência criminológica positivista, o espaço da prisão também passa a ser um local de normatização dos sujeitos, de disciplina, em termos caracterizadamente foucaultianos. Com a união desses discursos e poderes técnico-científicos, a medicina e criminologia que:

[...] criam condições para uma reflexão médica sobre as prisões, que vai acabar por estabelecer um parentesco, desde então sempre afirmado, entre doença e crime. Além disso, ele vai possibilitar uma reorganização do espaço da prisão, processo que vai se dar de forma lenta e incompleta. Pois permanecerão existindo no Brasil, em maioria absoluta, os depósitos de presos, estes espaços mais ou menos caóticos, cuja finalidade e apenas a exclusão e o castigo, ao lado de outras instituições, onde já se opera a implantação de uma tecnologia disciplinar. (RAUTER, 2003, p. 31)

Portanto, a prisão passa a ser espaço de "dois duplos": o primeiro, o criminoso como aquele que fere as leis e recebe uma punição e do criminoso anormal, que possui uma série de classificações que o personificam como um "transportador do gene maligno"; e claro, o cárcere como primeiro dispositivo de depósito e segregação de classes específicas da sociedade, mas não deixando de ser um espaço que

servirá como disciplinador de corpos e subjetividades desses sujeitos, alinhando-os de maneira "correta" ao que o sistema espera (e impera como desejado).

É Lombroso, portanto que cria "condições" para a classificação do "criminoso anormal", desde a cor e a textura dos cabelos, o tipo físico, especialmente a cor da pele e até o que chama de "resistência à dor". A mesma explica então que a visão era a de que os criminosos eram "incuráveis", e não havia sentido de responsabilização uma vez que pelo positivismo lombrosiano, eles eram daquela forma; sua estrutura, genética, biológica e hereditária não era outra, senão a do criminoso irrecuperável e que deveria ser marginalizado do convívio social com os outros cidadãos tidos como "corretos". Para dar ainda mais vivacidade ao encontro e ao discurso positivista criminológico, as idéias de Ferri surgem para trazer mais uma concepção: a do criminoso ser um anormal imoral, caracterizando, portanto com o peso de uma ideologia que legitima o discurso outrora apenas biológico-hereditário de Lombroso; o criminoso não nascia daquela forma como o seu ser social, sua forma de pensamento e sua interlocução moral se davam de forma depravada, atípica e promíscua a partir do seu comportamento, o que vai além dos seus simples "atributos físicos".

Rauter (2003) comenta que a partir da interlocução desses dois pensamentos "esboçam-se duas noções que se tornarão chaves na criminologia: a de periculosidade ou temibilidade e os novos procedimentos de classificação dos criminosos. (p. 35) e ainda que: "as diferenças sociais são derivadas da evolução natural, em que uma classe é inferior "naturalmente", por um fracasso evolutivo, enquanto outra é naturalmente "superior", por um mais feliz desenrolar do mesmo processo." (p. 36), logo, se a questão da criminalidade está intrinsecamente ligada às condições biológicas e morais de cunho social-cultural do indivíduo, não há cura ou tratamento diferenciado do que é inerente à essência do mesmo.

Cabe, portanto, medidas de cunho policial, higienistas e pedagógicas, para controlar, normatizar e controlar não só esse sujeito, mas as condições sociais nas quais eles se encontram que dentro dessa perspectiva, configura-se como uma das primeiras e principais classificações para seu extermínio e segregação, segundo as palavras da autora: "camada "baixa" da população, na qual o crime é sempre uma possibilidade [...] é uma anormalidade no terreno da degeneração, das raças e do temperamento." (RAUTER, 2003, p. 37), aqui é importante frisar as concepções que a autora traz que diz respeito ao aparato jurídico-penal das leis mais como um estado de repressão e segregação do que propriamente de cura ou tratamento.

É realizada também a leitura do século XX para essa dupla dinâmica. De acordo com a autora, é a partir desse século que o discurso médico é oficialmente incorporado nas leituras criminológicas e jurídico-penais, ou seja, aqui é o corpo, físico e subjetivo da doença que começa a surgir. Rauter (2003) afirma que agora, prende-se não apenas por ter cometido um delito, mas pelo fato da doença anteceder o crime. E a prisão "como forma de intimidação, de vingança, está em desuso, ou fora de moda, O

Judiciário humaniza-se, ao mesmo tempo que incorpora o desenvolvimento da ciência. A prisão se dá em nome da cura e em benefício do próprio preso." (p. 40), a autora também apresenta que a partir desse período, a figura do médico como iniciante de detentor do poder nessas instituições jurídico-penais passa a ocorrer, no sentido de que "ele reúne, segundo esta estratégia de poder, as condições ideais para a boa realização da vigilância e manutenção da ordem, porque os controles institucionais, quando administrados por um médico, podem aparecer como terapêuticos." (RAUTER, 2003, p. 40).

Ainda é citado que o discurso criminológico aliado ao discurso médico, além de dar ao primeiro o caráter oficial de ciência tecnológica, acaba por fazer emergir três fatores, segundo a autora: 1) O criminoso e um doente; 2) A pena e um tratamento que age em benefício do criminoso; e 3) A prisão não deve punir, mas curar. (RAUTER, 2003, p. 41). Ainda, que não apenas a medicina, mas a pedagogia, a psicanálise e especialmente a psiquiatria, aliadas aos discursos punitivos penais, passam a surgir nesse período, adotando mais visibilidade às práticas de exclusão. A autora conceitua que a psiquiatria surge para reivindicar seu lugar como "cuidadora responsável" do louco dentro do aparato desses discursos, o que acaba por promulgar o aspecto do caráter da "doença mental", no conceito do louco criminoso.

A autora afirma que "se a criminologia buscou, a partir de Lombroso, estabelecer entre crime e anormalidade uma relação estável, por outro lado apenas a psiquiatria afirmou de modo inequívoco que o criminoso e quase sempre um doente mental." (RAUTER, 2003, p. 41). Para tanto, a mesma sublinha que a história da ligação da psiquiatria e do direito, com a criminologia especificamente, acaba indo de encontro ao processo de elaboração dos Códigos Penais Brasileiros.

O primeiro, de 1830 "a existência de loucura tornava o crime inexistente no sentido jurídico, e neste momento a loucura era compreendida como o contrário da lucidez, como a incapacidade de discernir segundo a razão. Os loucos seriam desarrazoados e por isso incapazes para o contrato social." (RAUTER, 2003, p. 42), ainda assim, naquele período, não haviam estabelecimentos exclusivos para os "loucos criminosos", apenas a partir de 1841, criou-se o primeiro hospício com sede no Rio de Janeiro (RAUTER, 2003, p. 42). Com o processo de medicalização da sociedade e da medicina higienista, começa então a ser levantada a questão efetiva do local do louco criminoso e de quem de fato seria a responsabilidade para com, agora denominado cuidado, de tal sujeito. A autora diz que "o discurso médico quer oferecer ao Estado uma tecnologia de gestão e controle sobre as populações que não se dará pela repressão, mas como complemento de programas de higienização e de saúde pública, ganhando um caráter técnico-científico." (RAUTER, 2003, p. 43).

Portanto, a partir da psiquiatria aliada às práticas criminológicas, o a "pena" do louco criminoso transforma-se, fantasiosamente, em um discurso de tratamento por conta da responsabilidade da psiquiatria pelo cuidado com esses sujeitos considerados, agora, "doentes". A autora salienta que oficialmente, esse "papel psiquiátrico só iria ocorrer a partir de 1903, a partir da chamada Lei dos

Alienados”, ou seja, a psiquiatria acaba surgindo e aliando-se ao discurso da criminologia, como mais um dos diversos braços de um Estado punitivo que pelas vias do Direito, da Medicina e dos discursos científicos e técnicos da psiquiatria, formando na criminologia as bases essenciais para propagar seus processos de segregação e exclusão sociais, agora em nome desse discurso com apropriação científica.

A partir desse momento, a psiquiatria começa então a trazer a noção dos diferentes graus de loucura e da variabilidade ou não da chamada "loucura racional", tendo nela os episódios de delírios, neuroses e histerias para fazer valer suas análises; níveis de loucuras esses, que só podem ser averiguados a partir de um profissional da área, um cientista, tal qual a importância da figura do médico psiquiatria nesse articulado estruturado de criminalização. Rauter (2003) sobre isso comenta que "a tentativa e medicalizar a lei, aproximar crime e doença mental, transferindo para o psiquiatra maior poder." (p. 44). Nesse período, já no Código Penal de 1890, juristas e psiquiatras tecem suas críticas uns aos outros para definir efetivamente a quem cabe qual lugar dentro dessa estrutura jurídica, médica e penal.

A conceituação a partir da psiquiatria de que possam existir níveis e tipos de loucura bem como, diferentes graus de lucidez, legítima ainda mais a força e o poder do seu discurso frente aos juristas porém, na realidade, apenas adquire uma força repressiva que auxilia o Estado em seus processos de criminalização e controle social, que encontra-se cada vez mais legitimado pela união dessas ciências, criando o que entende-se por "medicalização da justiça". Para esclarecer esse envolvimento, ela explica que:

[...] as limitações ao poder psiquiátrico impostas pelo Judiciário vão marcar a forma com que se dará a absorção da tecnologia psiquiátrica por parte do mesmo. Ou seja, a psiquiatria não se apresenta para o direito penal como uma alternativa que viesse até mesmo a suprimi-lo. Ao contrário, ela vai ser um complemento da ação repressiva, dando ao aparelho de Estado uma feição disciplinar. O Judiciário se arma de uma tecnologia própria, que não se confunde quer com a psiquiatria, quer com a penologia tradicional. (RAUTER, 2003, p. 50).

É importante frisar algumas das considerações trazidas pela autora que serão sintetizadas neste parágrafo. Primeiro, com a psiquiatria, até para além da medicina, é trazido com ela o discurso higienista no construto da sociedade. Ou seja, para além do indivíduo criminoso, se faz necessário "higienizar" hábitos patologicamente sociais; Rauter (2003) salienta que essas relações entre forças, nunca são assumidas por um enfoque no qual as mesmas são apropriadas para fazer uso do controle social. Para, além disso, a psiquiatria, a medicina, a criminologia, a pedagogia, a psicologia entre tantas outras ciências humanas e da saúde servem como braços viabilizadores dessas estratégias de poder e dominação social; ou seja, são instrumentos desse Estado. Esses poderes são então ramificados dentro da estrutura social, por meio de diversas outras instituições de poder ou ideologias sociais, como a escolarização, a medicalização, etc., que acabam por formalizar modos de controle sutis, mas que apenas reforçam a estrutura punitiva e repressiva do Estado.

Para a autora, "a criminologia produz uma concepção de crime na qual este não se refere mais à infração à lei, mas a um fenômeno com características quase naturais, produto de uma anormalidade social ou individual." (RAUTER, 2003, p. 71), ou seja, quando essas concepções tornam-se oriundas do indivíduo ou de um meio social específico que precisa ser "combatido" dentro daquela lógica social, têm-se formado então o discurso ideológico necessário para, a partir dessas ramificações que legitimam com sua ciência o poder e o controle, viabilizam, portanto formas mais intensas, mais subjetivas e mais históricas de violência e tão logo, de processos de criminalização. A mesma salienta como essa estrutura ocorre, quando se posiciona que:

[...] a anormalidade do criminoso e a anormalidade social são na verdade concepções indissociáveis de uma estratégia que arma o Judiciário de maior poder de repressão e controle social. Ao produzir a figura do criminoso anormal, a criminologia procura caracterizar a transgressão à lei como sintoma de anormalidade. Abre espaço, por outro lado, para confundir todas as formas de ilegalidade, desde o homicídio, mais facilmente identificado com formas patológicas, até aquelas formas de ilegalidade popular mais evidentemente contrárias às autoridades constituídas, à moral burguesa e aos interesses de propriedade. (RAUTER, 2003, p. 57)

Ou seja, é a partir da legitimação da causa contrária ao discurso que o Estado deseja que seja proferido, que este mesmo se arma, enriquece e se fortalece com seus mecanismos e por fim, estrutura formas variadas de controle social por meio de formas e graus diversos de criminalização que agora possuem um discurso técnico-científico e também ideológico, para ser cada vez mais legitimado. É a partir dessa lógica, que a análise chega até o último Código Penal, o de 1940. Rauter (2013) afirma que é a partir desse Código, que o discurso médico-psiquiátrico irá se efetivar pela lógica da anormalidade do criminoso, que tece conceitos extremamente encarceradores além de discursos terapêuticos. E justamente é nesse Código que o conceito de "periculosidade" se inicia, junto com a idéia do dispositivo da medida de segurança. Ou seja, a concepção que passa é aquela de tratamento, para além da torturante reclusão.

Também com esse Código, passam a ser promovidas algumas das idéias da chamada "criminologia psicanalítica", que apesar de tirar o viés biológico-hereditário nos discursos criminológicos, ainda assim, acaba por cair na conjectura de que o problema está no social, nas configurações sociais e familiares, porém ao correlacionar a criminalidade e a pobreza, fundamenta-se a partir da última como motivo da primeira, o chamado "caos social", acabando por perder-se no foco da análise das criminologias com alternâncias mais positivistas que até então eram vistas com mais rigor técnico-científico, ou mesmo a Criminologia Crítica, na qual existem dois fatores primordiais tratando-se de crime/criminalidade: 1) o deslocamento do autor para as condições objetivas, funcionais e estruturais e 2) o deslocamento das causas para os mecanismos de construção social (realidade social daquele sujeito) (MALAGUTI, 2015, p. 93), ou seja, que considera sim a questão da pobreza, mas como ordem fundamental dos fatores de um conjunto de desigualdades sociais dado ao resultado da acumulação primitiva de capital.

Portanto, a autora afirma que neste Código, as ações são ainda mais reformistas e repressivas, da ordem do jurídico e policial (p. 60), e que para os dispositivos das medidas de segurança, o local apropriado para cumprir o tratamento ainda não era estabelecido, mas ainda assim, o mesmo entrou em vigor. Para Rauter (2003):

[...] a adoção da medida de segurança representa a incorporação ao direito penal de um critério de julgamento que não se refere ao delito, mas à personalidade do criminoso. O julgamento do juiz refere-se a um tipo de anormalidade reconhecida no delinquente, a “periculosidade”. (RAUTER, 2003, p. 71)

E ainda:

[...] um dispositivo como a medida de segurança é o resultado prático de cerca de quatro décadas de discussões nos meios jurídicos brasileiros, é a adoção de um novo critério de julgamento, baseado não no ato criminoso, mas na personalidade do delinquente. Além disso, corresponde a uma transformação na concepção de pena e de sua ação sobre uma personalidade considerada anormal: nasce a ideia de uma pena de tratamento. (RAUTER, 2003, p. 74)

Mais uma vez, sob um discurso técnico-científico, é legitimada agora a periculosidade como nova norma social e de conduta para avaliação do criminoso. E da responsabilidade que possa vir a ter ou não de si mesmo e dos seus atos, mas principalmente, o quanto esses atos tidos como "perigosos", afetariam nada mais do que o bem estar e a ordem social vigente. E mais, todo esse julgamento é feito pelo juiz, que novamente, têm seu poder legitimado por esses braços repressivos do Estado, especialmente agora com o discurso de um cientista, o médico psiquiatra que o acompanha e atesta a periculosidade, enquanto o mesmo dá o aval para tal. Portanto, uma vez que o sujeito é considerado "perigoso", ele não tem apenas seu tratamento decretado, mas um tratamento que torna-se pena ao mesmo tempo. Reclusão e cura, o dois-em-um do Direito Penal que é fortalecido pelos parceiros técnico-científicos dentro desse aparato.

Rauter (2003) comenta que "e neste ponto surge uma aparente incongruência do “novo Código”, que faz conviver este novo dispositivo, curativo e preventivo, com a velha pena, punitiva e intimidatória." (p. 72), ou seja, cura e tratamento unem-se, mas apenas legitimam e velam a realidade: criminalização da loucura e punição repressiva desenfreada, que só incorpora a vontade de se manter a ordem e o controle vigentes de acordo com a política social, econômica e cultural que se preza. A autora enfatiza finalizando que:

[...] no momento da adoção do “Novo Código” (o de 1940), assistimos, sim, a uma transformação das práticas judiciárias, mas que se processa no sentido do aumento do arbítrio judicial pura e simples, de uma ampliação na duração das penas, ou seja, numa ampliação do poder repressivo deste aparelho de Estado que se dá em nome da ciência. Entendemos que o discurso da criminologia teve, pois, uma contrapartida prática, no nível das transformações que foi capaz de operar nos dispositivos de poder. Entretanto, esta sua positividade deve ser entendida tendo-se em conta as condições peculiares da formação social brasileira. (RAUTER, 2003, p. 74)

Portanto, se faz de extrema necessidade pensar a respeito dessa conjuntura. O Direito Penal e as formas de criminalização só se efetivaram por completo com o armamento, a instrumentalização do Estado de todas essas técnicas científicas oriundas das ciências humanas e da saúde que, à favor de um discurso positivista, burguês e liberal, que racionalizou, personificou, categorizou e por fim, modernizou os construtos de criminalidade, de acordo com o viés a ser atingido para o controle social vigente. Formas estas que dizem muito mais de um Estado punitivo, que se usa da utilidade da ciência criminológica e das habilidades intelectuais da psiquiatria e de tantas outras ciências para fazer valer suas normatizações, suas segregações e sem dúvidas, sua repressão contra aqueles que fogem das regras desse sistema.

3. O MITO DA PERICULOSIDADE NOS DISCURSOS DAS PENALIDADES

Em qual momento começamos a dividir pessoas entre perigosas e não perigosas e quem as dividiu? Barros (2015) situa as mudanças e interfaces entre historicidade e psiquiatria, colocando-a em um lugar de mediadora entre a sociedade e a mística loucura, personificando o "louco" como um sujeito outro do sujeito social, afastando-se da humanidade devido a sua diferenciação de reação entre a maioria dos sujeitos de um determinado local e este diferenciado dela.

Não é exclusivo deste século o desejo social da classe dominante, transpondo para o proletariado, a necessidade de sentir-se seguro. Estando esta segurança ligada tanto ao conceito de propriedade privada material, relacionada a bens, quanto à percepção do corpo inviolável pelos homens, com a característica deste como objeto de propriedade das divindades de diversas religiões, na tentativa de colocar alguma ordem na possibilidade de que seus fiéis pudessem cometer assassinatos, ou justificá-los, interpelados pelas crenças de lugares místicos de castigo no *post mortem*, caso cometam esse ato, tentando garantir "alguma ordem". Ao destacar a segurança, trazemos a reflexão de quem são os sujeitos que violam as inúmeras formas de segurança necessárias na sociedade capitalista, pois o sujeito que é caracterizado perigoso é comumente o sujeito que viola diretamente alguns dos conceitos de propriedade privada, tantos dos corpos, como dos bens e ao violar "necessita" ser castigado por isso (ENGELS, 1875).

Com a tentativa de não sofrer a violência, ou seja, preveni-la, ocorre-se o equívoco quando no imaginário social a violência acontece sozinha, como se surgisse de forma quase mística (ZIZEK, 2014), entretanto, esta é somente um fenômeno resultante das inúmeras transformações sociais gestadas pelo desenvolvimento econômico das sociedades, envolvendo jogos de poder e forças sociais, com a intenção de garantir a acumulação do capital (IANNI, 2004). Colocamos em cheque então o que, nas diversas alterações históricas das inúmeras sociedades e formas sociais do que fora considerado perigo, evidenciando que diversas culturas tipificam as mesmas ações com graus diferentes de importância, como por exemplo, no Brasil, embora hediondo, o crime de tráfico de drogas não é punível de pena de

morte, como em vários países do continente asiático e em alguns países árabes conforme o relatório *The Death Penalty for Drug Offense* (2010) da Organização Não Governamental Harm Reduction International, demonstrando que as construções do perigo são de fato sociais, políticas e econômicas, dadas a uma forma específica da ordem do capital e das sociedades neoliberais.

O que a sociedade brasileira faz então, para sentir-se segura e prevenir a violência? Ela utiliza-se de mecanismos jurídicos para prever atos que sejam perigosos e assim violem seus cidadãos, entretanto são escolhidos a dedo os cidadãos que são violados e os que não são, dada justamente essa luta entre classes específicas que é umas das estruturas dessa ordem social. Logo, o sujeito perigoso então deve ser achado, taxado e guardado, para que seus atos perigosos diminuam e menos pessoas sejam violadas, acobertando uma intenção moralizadora de controle dos corpos dos sujeitos perigosos, validada por uma ciência que classifica a normalidade, a psiquiatria. Ao encontrar aqueles que são anormais e cometem contravenções previstos no Código Penal caracterizadas como "crime", imediatamente é tentado entender, através de avaliações psiquiátricas, algumas questões junto aos sujeitos: a capacidade de entender a natureza e as conseqüências de seu ato e a capacidade de determinar-se, relacionada ao desejo de cometer o ato, ou seja, se este conseguira refletir previamente sobre sua intenção sobre o ato (TEIXEIRA & BARROS, 2015).

Essa avaliação não tem a intenção de não penalizar o sujeito, mas de "verificar nos termos da lei" a melhor forma de resposta social a este caso, ou seja, qual "castigo" ou penalidade esse sujeito deveria receber ao cometer este ato (PASSETI, 2004). Caso após a avaliação considere que o sujeito seja totalmente incapaz de entender ou auto determinar-se em relação ao ato cometido, este é considerado inimputável, ou seja, mesmo que este não compreenda o que fez, tem que ser castigado e verificado o quão perigoso ele pode ser, "para si e para a sociedade," ora se um sujeito não discerne o seu ato, para que serviria então o "castigo" da pena? Mesmo que seja aplicada como um tratamento ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, este carrega em si as características de penalidade e não mais de cuidado, então, para que serviu ao sujeito sua pena, a não ser para que exista uma resposta moral à sua loucura?

Caso o "tratamento" mais "adequado" para este sujeito seja em Hospital de Custódia para Tratamento Psiquiátrico, após o período determinado pelo o juiz se é realizado o Exame de Cessaçao de Periculosidade pelo perito, médico psiquiatra, sendo este utilizado como uma tecnologia de prevenção de "reincidência", pois é realizado quando o sujeito louco, inimputável apenas precisa ser avaliado em relação à quantidade de perigo que este oferece à sociedade, para que assim, após a sua avaliação de perigo o sistema de justiça decida se este poderá continuar vivendo a sua vida intra ou extra muros de uma instituição psiquiátrica. Portanto, concordamos aqui no sentido de que esses exames, de cunho positivista, cartesiano e principalmente, punitivista, desde os primórdios da ligação do Direito com a Psiquiatria e o desenvolvimento da criminologia positiva, possui como finalidade única a rotulação desse sujeito, enquanto ordem vigente de normatização, controle social e também

exercício de poder, ao estigmatizar ainda mais classes específicas da população já marginalizadas e colocadas em margem de desigualdade dentro desse sistema de acumulação de capital.

O que está se dizendo aqui é que se esquece de uma questão fundamental: o processo indelével da dialética da historicidade, ou seja, todo sujeito é constituído a partir do seu horizonte histórico, e tendo por esse horizonte, o caráter do sujeito enquanto ser social carregado em seu coletivo, o que é visto hoje são os exames realizados, sendo mais um dos tentáculos do Estado punitivo e repressivo, a partir dos diagnósticos da medicina, da psiquiatria e das outras ciências humanas e da saúde, legitimar a concepção ideológica de que crime e sujeito, especialmente quando adicionado o ingrediente do crime, sujeito e loucura, são indissociáveis entre si, aumentando as permanências de estigma e marginalização sociais. Malaguti (2015) comenta que um dos principais achados da Criminologia Crítica é a mudança do paradigma ao compreender que "a criminalidade não é ontológica", portanto, ela não é inerente ao sujeito, como primeiro e último pressuposto do processo de criminalização, e embora a Criminologia Crítica não compactue com a existência de um sujeito perigoso ou não perigoso, o Código Penal utiliza-se dessa definição para que um "exame de periculosidade" realizado pelos psiquiatras seja feito no sujeito, para que estes deixem de ser "perigosos", mantendo o sujeito com o mesmo estigma de perigo.

Para, além disso, a criminalidade é uma questão social oriunda das próprias formas sociais regidas pelo capital cíclico, que encontramos na estruturação e base da nossa sociedade; e por fim, a criminalização, como processo de estigma, não ocorre para todos os membros dessa sociedade, mas para classes específicas de sujeitos que precisam ser suprimidos, para cumprir uma funcionalidade específica nesse modo político e econômico. O mito da periculosidade aparece dessa forma, então, admitindo que se deixa de considerar a dialética histórica de todos os sujeitos a fim de reproduzir um discurso ideológico, punitivo e repressivo, que acaba por representar interesses específicos dentro dessa ordem e que são cada vez mais legitimados pelas ações técnico-científicas que abraçam o ideal de normatização, controle e desigualdades sociais como provenientes apenas do sujeito, que deve ser taxado, classificado, segregado e criminalizado cada vez mais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", significou a substituição do modelo asilar de cuidado dos sujeitos que tinham alguma questão relacionada não só à transtornos mentais, mas que este em voga no país sem formas efetivas de fiscalização sobre o modo em que os sujeitos eram mantidos nesses espaços e nem como eles iam parar ali. A Lei entra em vigor no Brasil, após a recém vitória da democracia, alguns anos pós-golpe militar e nascimento da Constituição de 1988, conhecida por muitos como a Constituição Cidadã. Encabeçada pelo movimento dos

trabalhadores em Saúde Mental e o processo da Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 70, esta Lei traduziu-se em legislação somente em 2001, trazendo avanços no que tange a forma de cuidar dos sujeitos, modificando os locais para atendimento em saúde dos mesmos e formatos de internação, buscando minimamente assegurar a inexistência das instituições asilares, utilizando a seguridade social como alavanca para a participação social desses sujeitos.

Ora, se a Lei 10.216 refere-se para o não cuidado asilar dos sujeitos, garantindo o cuidado voltado para a "reinserção" na sociedade e quando há internação, ou seja, desvinculação do sujeito na sociedade se faz necessária, os locais que os recebem devem dispor de "assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros", porém, onde o Sistema de Justiça entra neste cuidado? Efetivamente, o Sistema de Justiça não entra no cuidado direto, no entanto acaba por criminalizar o sujeito que é "diagnosticado com a loucura", utilizando-se de um aval biologicista, próprio do corpo do sujeito, de cunho técnico-científico para atribuir responsabilidade penal ao louco, pois este será periculoso tanto para o direito penal quanto para a psiquiatria forense, quando apresenta sintomatologia referente à loucura, utilizando-se de avaliação psiquiátrica forense a fim de interagir o crime com a loucura, medindo a gravidade do ato cometido pelo sujeito a fim de aplicar a penalidade.

Dentro da penalidade aplicada para o sujeito louco, existe a Medida de Segurança, podendo esta ser aplicada em caráter "preventivo e de tratamento", utilizando a premissa da inimputabilidade, no qual o sujeito pode ser penalizado e, ao mesmo tempo, não responde pelos seus atos, sujeito à internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, ou sendo semi-imputável, sendo a penalidade o tratamento ambulatorial em Redes de Atenção Psicossocial. Trazer o "tratamento" para o momento da sentença caracteriza a loucura como algo que pode ser punido e não cuidado, transformando o tratar a sintomatologia que coloca o usuário em crise e o leva a cometer um ato caracterizado como uma contravenção penal passível de punição, atestando que a loucura é algo que o sujeito adoecido tem que dar conta sozinho, adicionando aí a existência de uma sociabilidade normatizadora, cruel e fetichizada que tem em sua gênese a necessidade de produzir sujeitos improdutivos para que estes componham uma camada societária dos incapazes para a reprodução capitalista.

A forma como a loucura é tratada dentro do Sistema de Justiça e do direito penal, atrelado ao discurso medicalocêntrico psiquiátrico, sujeita ao louco uma "periculosidade" inerente à sua condição psíquica e não à sociabilidade e formas de delimitação do viver, na qual este, uma hora é mais perigoso, uma hora é menos perigoso, mas é sempre perigoso, não abrindo espaço para uma possibilidade de outra vida para o mesmo, limitando-o a viver em meio as entradas e saídas dos Fóruns Criminais, onde ora será livre e ora será preso.

A Lei 10.216 não consegue "fiscalizar" o HCTP e a justiça incorpora o tratamento garantido pela

lei, criando uma pena-tratamento. Se na Constituição de 1988 é tido como direito fundamental do sujeito à saúde, na Lei 8.080 de 1990, a conhecida Lei do Sistema Único de Saúde, falamos sobre saúde em uma perspectiva de universalidade, equidade e integralidade e na própria Lei de Execução Penal, nº 7.210 de 1984, que dispõe das representações penais e também é justificada que o sujeito que perdeu a liberdade, ainda assim, deve possuir seus direitos fundamentais assegurados pelo Estado, podemos pensar aqui na correlação de todos esses fatores que concluem na mudança do chamado Estado Social Mínimo para o Estado Penal Máximo (WACQUANT, 2000; 2001). Ou seja, com relação à saúde tanto no cárcere e especialmente tratando-se dos HCTP, o primeiro referencial de proteção, manutenção e fiscalização de saúde deve ser o próprio Ministério da Saúde, e não o Ministério da Justiça ou o Sistema de Justiça.

Se nas principais leis que dizem sobre o cuidado e a atenção, a promoção integral do sujeito e sua saúde refletem sobre essa questão, vemos que todas elas são deixadas de lado, em uma clara violação ao direito humano mais fundamental, que é o cuidado em saúde, o cuidado à saúde mental e a perspectiva da saúde emocional do sujeito sempre em liberdade. A Lei 10.216, que promoveu um grande avanço nas políticas de saúde mental do país, apesar de atualmente ameaçada pela nova proposta da mudança da Política Nacional de Saúde Mental (2017), acaba por não fazer valer e nem atribuir cuidado ao sujeito considerado "louco criminoso" que está em uma "pena-tratamento".

A 10.216 não contempla esse sujeito, que ainda permanece rotulado e estigmatizado pela sua loucura, mais ainda: preso e violado pela personificação desse rótulo. Apesar das iniciativas antimanicomiais para o "louco infrator" como o PAILI (GO) - o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator ou mesmo o PAI-PJ (MG), Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, ainda assim, vemos que a 10.216, apesar de ser um dos maiores dispositivos normativos referidos pelo fim dos manicômios, das práticas asilares e de promoção de modelos de atenção e cuidado em rede e acolhimento efetivo da saúde do sujeito, acaba por de fato não chegar à esses indivíduos que não são apenas rotulados, mas diagnosticados e presos à duas nomenclaturas taxativas: louco e criminoso, ou seja, tudo o que a sociedade personifica como perigoso e que deve (e foi), repellido ao longo dos séculos pela política econômica do capital.

Logo, o que se é dito aqui diz respeito à necessidade de repensar as práticas do Estado, e perceber que a mudança conforme Wacquant (2000; 2001) colocou de Estado Social Mínimo para Estado Penal Máximo, seleciona e mortifica classes específicas da sociedade, que são vítimas dos variados braços técnico-científicos que continuamente criminalizam a loucura em nome de um Estado que cada vez mais legitima seu poder punitivo. Apesar dos grandes avanços em se tratando de Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial atribuídos especialmente à Lei 10.216, devemos procurar levar as aspirações e o desejo de inconformismo dessas lutas para aqueles que não "são apenas" loucos, mas também os criminosos e por fim, os loucos criminosos. Estes que personificam o "grande mal da sociedade" e que são excluídos da mesma por representarem a violação das propriedades privadas materiais e imateriais, tudo o que a ordem

do capital abomina.

Mas para, além disso, devemos tecer sempre a crítica com relação a esses sistemas e as formas nas quais eles são "cientificamente" legitimados, tratando-se da perspectiva da compreensão desses discursos ideológicos que são desenvolvidos dentro do corpo da sociedade justamente para construir e intensificar cada vez mais os rótulos de marginalização e desigualdades sociais, atribuindo a toda figura que vai contra esse sistema, um ideal a ser potencialmente repellido e exterminado. Explicitamos aqui que acreditamos no avanço real que fora para o cuidado dos sujeitos com transtornos mentais a promulgação da Lei 10.216, já que esta materializa a necessidade de outro olhar e propõe ações relacionadas aos sujeitos, além do cuidado e acolhimento necessários em rede e território como afirmativas principais em proteção à saúde, contudo esta Lei não alcança os sujeitos tidos como "loucos infratores" que adentram o Sistema Prisional Brasileiro, acabando por ser deturpada nas mãos do Sistema de Justiça que utiliza dos incisos e artigos relacionados a tratamento presentes na mesma, com a colaboração da psiquiatria forense, da psicologia, da medicina e todos os seus outros braços repressivos e punitivos legitimados por essas categorias técnico-científicas como forma de patologizar e cada vez mais marginalizar esses sujeitos, com o aval das Ciências Humanas e da Saúde como forma de normatização dos mesmos.

Além disso, um dos principais preceitos presentes na 10.216, o da luta pelo fim dos manicômios, acaba também sendo radicalmente violentado, uma vez ao insistirmos na lógica do cárcere, seja ela a prisão, o manicômio judiciário ou a nova roupagem do hospital de custódia, ainda assim, intensificando as práticas de um modelo asilar, manicomial e que principalmente, acaba por violar os direitos humanos fundamentais mais básicos e desacreditar no sujeito enquanto uma construção material e histórica, portanto, humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARROS, D. M. **Psiquiatria Forense: interfaces jurídicas, éticas e clínicas**. São Paulo: Editora Elsevier, 2015.

BATISTA, V. M. **Introdução crítica a criminologia brasileira**. Rio de Janeiro. Editora Revan, 2011.

BRASIL. LEI Nº 7.210, DE 11 DE JULHO DE 1984. **Lei de Execução Penal**. Acesso em: 27/01/2018, às 13:04.

_____. LEI Nº 10.792, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2003. **Lei de Execução Penal**. Acesso em: 27/01/2018, às 15:13.

_____. LEI Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001. **Lei da Reforma Psiquiátrica**. Acesso em: 27/01/2018, às 19:10.

_____. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988**.

Acesso em: 27/01/2018, às 19:14.

_____. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. **Lei do Sistema Único de Saúde**. Acesso em: 27/01/2018, às 19:15.

ENGELS, F. **Anti Dühring**. São Paulo: Boitempo, 2015.

FILHO, M. M. S.; BUENO, P. M. M. G. **Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP**. Rio de Janeiro: Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol 21, número 7, 2016. Acesso em: 24/01/2018 às 20:30.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. 9ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2012.

IANNI, O. **Capitalismo, violência e terrorismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. **The Death Penalty for Drug Offences Global Overview 2010**. Acesso em: 25/01/2018 às 22:43.

MAGALHÃES, J. L. Q.; MAGALHÃES, H. B. **Direito e a Psicologia como mecanismos de manutenção do estado penal moderno**. In.: O Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade. 1ª edição. Brasília. Conselho Federal de Psicologia, 2015.

MITJAVILA, M. R.; MATHES, P. G. **Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos**. Rio de Janeiro: Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol. 22, número 4, 2012. Acesso em: 25/01/2018 às 23:06.

PASSETI, E. **Curso Livre de Abolicionismo Penal**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2004.

RAUTER, C. **Criminologia e Subjetividade no Brasil**. Instituto Carioca de Criminologia: Coleção Pensamento Criminológico. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2003.

ZIZEK, S. **Violência: Seis reflexões laterais**. 1ª edição. São Paulo: Boitempo, 2014.

WACQUANT, L. **Punir os Pobres: A nova gestão da miséria dos Estados Unidos**. Instituto Carioca de Criminologia: Coleção Pensamento Criminológico. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2000.

_____. **As Prisões da Miséria**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.