

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

Martinho Silva\*

Renata Costa-Moura\*\*

## Resumo

Na última década, um conjunto de órgãos do poder Executivo e Judiciário nacional tem se mobilizado no sentido garantir o direito à saúde de pessoas em cumprimento de medida de segurança no sistema penitenciário, conhecidas como “loucos infratores” e mais recentemente designadas “pessoas adultas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei”. Essa mudança terminológica passa por um debate em torno do grau de “periculosidade” e “vulnerabilidade” desses sujeitos, no contexto da transição entre o imperativo da defesa social e a proteção dos direitos humanos. Através da descrição e análise de documentos científicos e estatais, sublinhamos as nomeações oficiais e classificações administrativas presentes nos textos. Visamos assim investigar os elementos morais em jogo na produção de categorias governamentais envolvendo processos de vulnerabilização, bem como destacar as lógicas de classificação em curso, atravessadas pelos temas violência e gênero.

## Palavras-chave

Saúde mental. Prisão. Vítima.

## Abstract

In the last decade a number of organs of the executive power and national judiciary have mobilized to ensure the right to health of inmates known as "insane offenders" and most recently designated "adult carriers of mental disorders in conflict with the law". This change in terminology reflects a debate about the degree of "danger" and "vulnerability" that such

---

\* Doutor em Antropologia Social pelo PPGAS / MN / UFRJ e Professor Adjunto do Instituto de Medicina Social da UERJ.

\*\* Psicóloga e Psicanalista. Doutora em Psicopatologia Fundamental pela Université de Paris 7 – Denis Diderot e Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFES.

subjects carry in the context of a transition from the imperative of social defense to the protection of human rights. In our description and analysis of scientific and state documents we highlight the official denominations and administrative classifications presented in the texts. We aim to investigate the moral elements at play in the production of government categories on the subject of vulnerabilization processes, as well as highlight issues of violence and gender involved in those classifications.

## **Keywords**

Mental health. Prison. Victim.

## **Introdução**

Na última década, um conjunto de órgãos do poder Executivo e Judiciário nacional tem se mobilizado no sentido garantir o direito à saúde de pessoas em cumprimento de medida de segurança, conhecidas como “loucos infratores” e mais recentemente designadas “pessoas adultas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei”. São esses órgãos os setores governamentais municipais, estaduais e federais, de saúde e de justiça, como o Ministério Público do estado de Goiás e o Ministério Público Federal – o primeiro consagrando o termo “louco infrator” em sua cartilha sobre o Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO) e o segundo formulando um parecer recomendando que se adote a expressão “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” para se referir aos mesmos. Essa mudança terminológica é o foco deste texto, sendo que mais adiante esses e outros setores e siglas serão apresentados detalhadamente.

De início, pode-se dizer que essa mudança está ligada a transformações sócio-históricas e também político-institucionais. Ela passa pelo menos por um debate em torno do grau de “periculosidade” e “vulnerabilidade” desses sujeitos de direito, considerados “intrinsecamente perigosos” entre os séculos XVIII e XIX e, mais recentemente, entre os séculos XX e XXI, “populações vulneráveis”. O contexto no qual esse debate acontece diz respeito a uma reformulação no âmbito das políticas públicas no Brasil, de justiça, saúde e também assistência social, no sentido de paulatinamente adotar uma perspectiva de proteção dos direitos humanos do cidadão em meio a uma abordagem já consagrada de defesa da sociedade.

Nesse sentido, uma série de programas em torno da questão do confinamento reformulou sua terminologia para se referir à parcela da população beneficiada por suas ações: a população psiquiátrica passou a ser designada “pessoas portadoras de transtorno mental”, e não mais “doentes mentais”, em âmbito governamental; a penitenciária “pessoas privadas de liberdade”, e não presos; a infanto-juvenil que comete infrações são “jovens em conflito com a lei”, e não “menores infratores”; os antes nomeados “moradores de rua” são designados agora “população em situação de rua”; os “adictos” ou mesmo “toxicômanos”, são agora “pessoas em uso indevido e/ou prejudicial de álcool e outras drogas”, e os “soropositivos” são “pessoas vivendo com HIV/AIDS”. Todos esses novos termos visam dissolver o estigma voltado para as “pessoas” que configuram essas “populações”, já que os mesmos costumam ser pejorativamente chamados de “malucos”, “bandidos”, “trombadinhas”, “mendigos”, “drogados” e “aidéticos”.

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

O modo diferente pelo qual a consciência coletiva concebe e avalia a direita e a esquerda aparece claramente na linguagem. Existe um contraste impressionante entre as palavras que designam os dois lados na maioria das línguas indo-européias. Enquanto existe apenas um termo para ‘direita’ que se estende por uma grande área e que mostra grande estabilidade, a idéia de ‘esquerda’ é expressa por *inúmeros termos distintos*, que são muito menos difundidos, e que parecem estar destinados a desaparecer constantemente diante de novas palavras...” (HERTZ, 1980 [1909]: 109, grifo nosso)

Segundo o mesmo autor, muitas dessas palavras são “eufemismos óbvios”, criadas na medida em que evitamos “pronunciar a palavra apropriada”, em grande parte motivados pelos “sentimentos de inquietação e aversão” suscitados:

*A multiplicidade e a instabilidade dos termos para a esquerda, e o seu caráter evasivo e arbitrário, pode ser explicado pelos sentimentos de inquietação e aversão sentidos pela comunidade a respeito do lado esquerdo. Já que a própria coisa não podia ser mudada, o seu nome o era, na esperança de abolir ou reduzir o mal.* (HERTZ, 1980 [1909]: 110, grifo nosso).

Acreditamos que é esse o caso dos antigamente nomeados “degenerados” quando do surgimento do manicômio judiciário na passagem do século XIX para o século XX no Brasil (CARRARA, 1998), paulatinamente precisando de mais um termo e/ou de variadas expressões para nomeá-los: “louco infrator” e “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” entre eles, como também “pacientes judiciários”, entre muitos outros como veremos a seguir.

Nosso objetivo neste texto é investigar os elementos morais em jogo na criação dessas *categorias governamentais*, bem como destacar as lógicas de classificação estatais em curso, em convergência com outros estudos sobre a produção da vítima no âmbito das políticas públicas de saúde (SARTI, 2006). Diferentemente dessa autora, no entanto, enfatizaremos mais o plano da formulação do que o da implantação dessas políticas, lidando mais com os empreendedores morais que criam do que com aqueles que aplicam regras (BECKER, 2008 [1963]), portanto. Cotejando as categorias nativas utilizadas no universo estatal para produzir problemas sociais em torno do tema da violência, pretendemos justificar também o investimento na compreensão do que estamos designando *processos de vulnerabilização*. Acreditamos que a compreensão desses processos sociais pode contribuir para os estudos em curso sobre vitimização, inclusive no que tange às questões de gênero em pauta.

## **Abordagem teórico-metodológica**

Quando conversamos informalmente sobre essa mudança terminológica com colegas da academia e do governo, ela é considerada geralmente algo “superficial”, inclusive “secundária” no terreno das políticas públicas de saúde mental, dadas as urgências colocadas pela assistência. Contudo, linguagem e poder caminham juntos, de modo que tais *nomeações oficiais* dizem respeito a um dos principais poderes do Estado: “o de produzir e impor as categorias de pensamento que utilizamos espontaneamente a todas as coisas do mundo” (BOURDIEU, 1996[1994]: 91). A desnaturalização dessas categorias governamentais para designar o que Goffman (1961) chamava de internos e instituições totais – categorias analíticas – e que nós chamaremos de populações e estabelecimentos – categorias nativas – é um passo preliminar e necessário para sua compreensão, sem o que corremos o risco de apenas e simplesmente conferir “todas as aparências do natural a um

arbitrário cultural”, reificando na própria pesquisa os “problemas sociais” produzidos pelas “administrações públicas” (BOURDIEU, 1996[1994]: 95).

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

Se nesse estudo a necessidade de descrever mais do que prescrever no campo da saúde mental foi destacada, com base nas contribuições de Bourdieu a especificidade da atividade de prescrição é que foi ganhando relevo com o tempo, particularmente as recomendações que cercam o âmbito da formulação de políticas públicas, produzindo e impondo representações do mundo social capazes de agir sobre esse mundo, “agindo sobre as representações dos agentes a seu respeito.” (BOURDIEU, 2008 [1982]: 117). Assim, Silva (2012) mostra a relevância da mudança terminológica de setores do Poder Executivo para a transformação da ação governamental sobre o problema social das drogas, a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde (CNSM) passando a ser chamada de “CNSM, álcool e outras drogas” quase no mesmo momento em que a Secretaria Nacional Antidrogas da Presidência da República trocou o “anti” para “sobre”, na primeira década dos anos 2000, respectivamente 2003 e 2008. Essa transformação linguística convergiu com o clamor no sentido de que as

drogas deixassem de ser abordadas unicamente como questão de segurança pública e passassem a sê-lo também como de saúde pública.

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

É assim que os nomes se modificam e é assim que as pessoas e as coisas são remodeladas para se adequarem a novas categorias. Inicialmente as pessoas são tentadas a sair de seus nichos devido às novas possibilidades de se exercer ou evitar o controle. Em seguida elas elaboram novos tipos de instituições, as instituições elaboram novos rótulos e os rótulos elaboram novos tipos de pessoas. O próximo passo na compreensão de como entendemos a nós mesmos consistiria em classificar tipos de instituições e tipos de classificações que elas usam de maneira muito própria. (DOUGLAS, 2007[1986]: 105).

Essa reformulação das palavras por meio das quais a população-alvo de uma política pública é designada tem estreita relação com um processo social, político e histórico de âmbito bem mais abrangente, a transição entre o imperativo de defesa social – apresentado e criticado por Foucault (2002) – e a defesa dos direitos humanos – cuja emergência histórica foi descrita por Hunt (2009 [2007]). Compreendemos esse processo histórico de longo prazo como algo com uma direção, a consolidação da vida como valor moral, mas não necessariamente como uma evolução, um progresso e muito menos linear. Desta maneira, destacamos como característica dos processos sociais por comparação aos processos biológicos o fato de os mesmos

serem reversíveis e não irreversíveis, adotando assim o conceito eliseano. (ELIAS, 2006: 28). Os termos sublinham que são todas pessoas, sejam elas portadoras de transtornos, privadas de liberdade ou em conflito com a lei, em convergência com a noção de dignidade da pessoa humana, base da perspectiva de promoção dos direitos humanos. Ao invés de “perigosos”, os “loucos criminosos” são cada vez mais considerados “vulneráveis” no âmbito do governo federal, como veremos a seguir.

Essa investigação sobre as nomeações oficiais e as classificações administrativas que as instituições estatais produzem teve como base a consulta a documentos em dois bancos de dados virtuais: a) os *sites* dos Ministérios e outros órgãos governamentais relativos aos setores da saúde, justiça e assistência social, nos quais cartilhas, portarias e outras recomendações são divulgados; b) o Diário Oficial da União (DOU), no qual a promulgação de normativas legais e infralegais pode ser conferida. Além desses documentos governamentais, também foram consultados documentos científicos articulados à formulação de políticas públicas, como livros e artigos sobre saúde, justiça e direitos humanos.

Ao lidar exclusivamente com esse material documental não estamos considerando ele mais ou menos relevante ou real do que outros, como notas de reuniões nos gabinetes dos órgãos governamentais. Trata-se apenas de uma dimensão específica da realidade, a burocrática, própria dos setores da administração pública, tal como na abordagem teórico-metodológica que Vianna (2002) desenvolveu para investigar os processos judiciais de guarda de crianças no Poder Judiciário e Lowenkron (2013) adotou para pesquisar a atuação do Poder Legislativo no que tange à pedofilia.

A aproximação dos autores com essa mudança terminológica se deu no contexto da atuação em setores governamentais, um deles criando a categoria “pessoas em medida de segurança” (SILVA, 2010) para se referir a uma parcela da população-alvo de um programa nacional chamado Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) e o outro “paciente judiciário autor de ato previsto como criminoso” (COSTA-MOURA, 2011) para designar a clientela de um programa estadual chamado Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Autor de Ato Previsto como Criminoso (PAIPAC-ES). Ou seja, tornamos as nomeações oficiais (BOURDIEU, 1996[1994]) um problema científico a ser investigado posteriormente, antes disso atuando como formuladores de políticas públicas e participando dessas transformações linguísticas para abordar um problema social. Deste modo,

vamos apresentar em seguida a construção desse problema social por meio dos órgãos estatais que se ocupam do mesmo<sup>1</sup>.

## **Medidas governamentais: entre a saúde e a justiça**

Segundo o artigo 26 do Código Penal em vigor, de 1940, é isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Esse agente é considerado inimputável perante a lei, a ele não pode ser aplicada uma pena – seja privativa de liberdade, a ser cumprida em uma prisão, seja alternativa, como uma multa – mas exclusivamente uma medida de segurança. São duas as espécies de medida de segurança segundo o artigo 96 desse mesmo Código: internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) – os antigamente nomeados “manicômios judiciários” – e sujeição a tratamento ambulatorial, ou seja, hospitalar e ambulatorial.

O citado PAIPAC-ES é um programa recém-criado no estado do Espírito Santo para que os inimputáveis possam cumprir sua medida de segurança na modalidade ambulatorial, fora dos HCTPs. O também citado Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator (PAILI-GO) caminha nessa mesma direção. Esses programas estaduais foram inspirados em um municipal, o Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário, em Belo Horizonte-MG (PAIPJ-MG), o primeiro a abrir caminho para essa modalidade de cumprimento de medida de segurança no país no ano de 1999 (BARROS-BRISET, 2010: 25). Enquanto o PAIPJ-MG e o PAIPAC-ES representam uma articulação entre Poderes (Judiciário e Executivo), o PAILI-GO o é entre secretarias dentro do Poder Executivo (saúde, justiça e assistência social), apontando para modos variados de intersetorialidade.

---

<sup>1</sup> O termo “pessoas em medida de segurança” pareceu apropriado para se referir a essa população quando da participação na elaboração de política pública para os mesmos, embora pessoas em cumprimento de medida de segurança, termo adotado neste texto, talvez fosse o termo mais preciso: as pessoas estavam naquele momento cumprindo essas medidas de segurança e não permanentemente submetidas às mesmas. Já “paciente judiciário autor de ato previsto como criminoso” questionava justamente a caracterização do autor do ato como infrator, já que a condição de inimputável anula justamente a possibilidade de o ato ser tipificado como crime. Esse termo não será adotado neste texto.

Segundo o artigo 1º da Lei de Execução Penal, de 1984, a execução penal tem por objetivo efetivar as disposições de sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado, sendo que, segundo o artigo 3º, essa lei se aplica também ao preso provisório. Preso é um termo genérico nessa Lei, utilizado tanto para o condenado quanto para o preso provisório; para os inimputáveis utiliza-se a expressão internado. O preso provisório é aquele que ainda não foi julgado e, portanto, não foi decidido ainda se ele será absolvido ou condenado, sendo recolhido em um estabelecimento penal chamado cadeia pública. O condenado que estiver cumprindo pena privativa de liberdade em regime fechado fica recluso em estabelecimentos designados penitenciárias, enquanto aqueles em regime aberto ficam em casas de albergado, e em semiaberto nas colônias agrícolas e industriais. Os inimputáveis devem cumprir sua medida de segurança nos HCTPs ou “em outro local com dependência médica adequada”, seja na modalidade hospitalar, seja na ambulatorial.

O citado Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) é um programa governamental em funcionamento desde o ano de 2002, com o objetivo de aumentar o acesso à saúde de uma parcela das pessoas reclusas em estabelecimentos penais, exclusivamente os internados nos HCTPs, os condenados em colônias e nas penitenciárias: a chamada população penitenciária, já julgada e condenada, diferente da população carcerária, que abrange todas as pessoas reclusas em estabelecimentos penais, inclusive a provisoriamente recolhida nas cadeias.

Ainda segundo a Lei de Execução Penal, em seu artigo 14º, a assistência à saúde do preso e do internado é um dever do Estado, devendo a mesma ser de caráter preventivo e curativo, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico. Nessa Lei, ainda em vigor, a assistência à saúde é apenas uma dentre outras, como a material, religiosa, educacional, social e jurídica, esta última ganhando destaque no universo carcerário. Desse modo, desde essa Lei havia previsão de oferta de ações de assistência à saúde dentro dos estabelecimentos penais. O setor do Ministério da Justiça responsável por gerenciar essa oferta é o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), particularmente sua Coordenação Geral de Reintegração Social e Ensino, lotada em sua Diretoria de Políticas Penitenciárias. Essa Coordenação Geral é dividida em coordenações de apoio, entre elas a Coordenação de Apoio à Assistência Jurídica, Social e à Saúde, a partir de agora Coordenação de Apoio. A Coordenação de Apoio do DEPEN do Ministério da Justiça, portanto, é responsável pela oferta de assistência à saúde nos HCTPs.

A Lei de Execução Penal e o Código Penal são anteriores à Constituição Federal de 1988, segundo a qual a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e o Sistema Único de Saúde (SUS) deve operar segundo as diretrizes da descentralização, participação da comunidade e do atendimento integral. Também são anteriores à Lei 8.080, de 1990, que regulamenta o SUS, segundo a qual um dos princípios desse sistema é a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência. Após a Constituição Federal, vários órgãos foram criados no Ministério da Saúde para garantir o direito à saúde a toda a população brasileira, entre eles a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário, no ano de 2003, a partir da então simplesmente nomeada Área Técnica.

A Área Técnica ficou responsável pelo PNSSP, organizando o acesso das pessoas reclusas em uma parcela dos estabelecimentos penais que conformam o sistema prisional ao modelo do SUS. Além da classificação da população-alvo desse programa governamental em penitenciária (apenas condenados e internados) e carcerária (todos), dos estabelecimentos penais com base no tipo de regime (penitenciária – fechada, colônia – semiaberto) e no tipo de preso (condenado nas penitenciárias, internado nos HCTPs), o PNSSP opera com outra classificação desses estabelecimentos: unidades prisionais masculinas, femininas e psiquiátricas, com base no sexo e na condição de saúde. A partir do PNSSP, em contraste com a Lei de Execução Penal, a população reclusa em estabelecimentos penais passou a ser cada vez mais chamada de “pessoas privadas de liberdade” e não presos / condenados / detentos / reeducandos<sup>2</sup>.

A Área Técnica do Ministério da Saúde é gestora do PNSSP em parceria com a Coordenação de Apoio do Ministério da Justiça desde a promulgação da Portaria 628, de 2002, revogada e republicada com modificações na Portaria 1.777, de 2003. Em ambos os casos, são portarias interministeriais, assinadas pelos dois ministros, tornando a Área Técnica eminentemente

---

<sup>2</sup> O PNSSP prevê a instalação de equipes de saúde no sistema penitenciário nos estabelecimentos penais, compostas de cinco profissionais de nível superior – médico, dentista, enfermeiro, psicólogo e assistente social – e dois de nível médio – técnico de enfermagem e auxiliar de consultório dentário – e voltadas para a prevenção, promoção e recuperação da saúde. O PNSSP também prevê um kit de medicamentos para cada uma das pessoas reclusas nos estabelecimentos penais e atividades de promoção em saúde. Desta maneira, o Plano elaborado pelo Ministério da Saúde após a Constituição diferencia-se da Lei de Execução Penal em mais de um ponto: mais especialistas, promoção da saúde, além de prevenção e cura de doenças de um lado; menos estabelecimentos penais incluídos na oferta de atenção em saúde, de outro.

“intersectorial”. A Área Técnica é, portanto, responsável pela gestão da atenção à saúde nos HCTPs desde 2002, com o PNSSP, a Coordenação de Apoio tendo sido até então, desde 1984, com Lei de Execução Penal.

A Área Técnica é uma dentre outras no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPE) do Ministério da Saúde, como a de saúde mental, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde do adolescente, saúde da criança e saúde do deficiente. Diferentemente do Departamento de Atenção Básica, cujos programas são voltados para o conjunto da população brasileira, funcionam há quase duas décadas e atingiram uma cobertura populacional abrangente através da alta capilaridade da Estratégia de Saúde da Família, o DAPE é voltado para parcelas da população nacional, justamente aquelas que mostram os limites no processo de universalização do acesso, consideradas mais “vulneráveis” a agravos e doenças em saúde. O DAPE faz parte da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

A Área Técnica de Saúde Mental do DAPE, em funcionamento pelo menos desde o ano de 1992, é responsável pelo atendimento a pessoas portadoras de transtorno mental desde a promulgação da Lei 10.216, de 2001, mas não é responsável pela gestão da atenção à saúde nos HCTPs. Contudo, foi no bojo da expansão do regime de atenção diária às pessoas portadoras de transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – distinto do regime ambulatorial de consultas mensais e do hospitalar de internações prolongadas – que surgiram o PAILI-MG, o PAILI-GO e o PAIPAC-ES já citados, todos eles atendendo pessoas em medida de segurança na modalidade ambulatorial – e não hospitalar – e contando com a colaboração dos CAPS para tanto<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Em 2013 a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário passou a se chamar Área Técnica de Saúde no Sistema Prisional, culminando na promulgação da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, pois a partir de então a oferta de atenção em saúde abrange a totalidade do população carcerária e não mais a penitenciária exclusivamente. Também em janeiro de 2014 duas outras portarias foram promulgadas: uma interministerial e voltada para as “mulheres em situação de privação de liberdade e egressas do sistema prisional” (Portaria Interministerial MJ/SPM nº 210, de 16 de janeiro de 2014); outras duas exclusivamente do Ministério da Saúde e voltadas para a “pessoa com transtorno mental em conflito com a lei” e o “paciente judiciário” (Portaria MS nº 94 e 95, de 14 de janeiro de 2014). Também em 2013 a Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas voltou a ser uma Coordenação no Ministério da Saúde, em um departamento distinto do DAPE. Essas transformações muito recentes estão sendo sinalizadas apenas e não serão objeto de análise aprofundada neste texto, pois foram adquiridas após o envio da primeira versão do mesmo para avaliação. Contudo, vale a pena ressaltar que as categorias governamentais utilizadas nas portarias e a própria existência de portarias específicas para a população psiquiátrica e feminina no sistema prisional acentuam parte do argumento desenvolvido no texto com base em documentos colhidos até o ano de 2013.

**Tabela 1 – Organograma dos setores governamentais responsáveis pelo atendimento a pessoas em cumprimento de medida de segurança**

Setores	Ministério da Justiça	Ministério da Saúde	
	Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN)	Secretaria de Atenção à Saúde	
	Diretoria de Políticas Penitenciárias	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPE)	
	Coordenação Geral de Reintegração Social e Ensino	Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário	Área Técnica de Saúde Mental
	Coordenação de Apoio à Assistência Jurídica, Social e à Saúde		
População-Alvo	Presos condenados, internados e provisórios / Reeducando	Presos condenados e internados / Pessoas Privadas de Liberdade	Pessoas Portadoras de Transtorno Mental
Estabelecimentos	Penais: Penitenciárias, Colônias Agrícolas e Industriais, HCTPs, Cadeias Públicas, Casas de Albergado etc.	Penais: Penitenciárias, Colônias Agrícolas e Industriais, HCTPs	Sanitários: CAPS, ambulatórios, hospitais etc.

Desse modo, as pessoas em cumprimento de medida de segurança o fazem em duas modalidades: ambulatorial e hospitalar. A maioria delas, na modalidade hospitalar, encontra-se nos HCTPs, estabelecimentos penais incluídos no PNSSP, sob a gestão da Área Técnica; a minoria delas, na modalidade ambulatorial, encontra-se em atendimento em programas como o PAIPAG-ES, articulados aos CAPS.

Além disso, após a promulgação do PNSSP, outro plano voltado para inimputáveis foi elaborado em outra área do DAPE, na Área Técnica de Saúde do Adolescente. Voltando ao Código Penal, conforme consta no artigo 27, os menores de 18 anos também são inimputáveis, a eles sendo aplicada uma medida socioeducativa e não uma medida de segurança. Esse era o caso

dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, reclusos nas Fundações para o Bem-Estar do Menor (FEBEMs), em estabelecimentos ligados à assistência social, nem penais nem sanitários. Não mais “menor infrator”, nem mesmo “jovem autor de ato infracional”, mas “jovem em conflito com a lei” era o termo que vigorava para se referir a essa população-alvo das políticas públicas de saúde.

## **Categorias governamentais<sup>4</sup>**

O formato do título deste artigo sugere uma ordem cronológica entre os dois termos, a expressão “louco infrator” aparecendo antes de “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”. O PAILI-GO parte de uma iniciativa do Ministério Público deste estado na década de 90 e alcança oficialidade – a promulgação de uma portaria governamental – em 2006 (Portaria nº 019 / 2006 – Gabinete de Secretaria de Saúde), ou seja, a expressão “louco infrator” é de uso oficial a partir de 2006 (MPEG, 2009). A equipe de especialistas<sup>5</sup> que elaborou o parecer da Procuradoria dos Direitos do Cidadão do Ministério Público Federal (MPF) sobre a questão da medida de segurança começou a se reunir em 2009, recomendando a expressão “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” como mais apropriada para se referir à população reclusa em HCTP em 2011 (MPF, 2011: 10).

A seguir, mostraremos a gênese dessas e de outras categorias governamentais para se referir aos ditos “loucos criminosos” na década de 1980 no Brasil (CARRARA, 1998), muitas vezes ligada tanto ao campo científico quanto ao burocrático (BOURDIEU, 2012), este último distinto do campo político ou do poder e mais próximo da esfera que estamos aqui designando como governamental.

Antes de o PAILI-GO ter sido oficialmente criado em 2006, o termo “louco infrator” já era de uso corrente em seminários nacionais sobre os

---

<sup>4</sup> Sobre o estudo socioantropológico de categorias científicas no domínio dos saberes “psi”, ver Russo e Venâncio (2006) e também Duarte (2010).

<sup>5</sup> Advogados, médicos e psicólogos envolvidos no atendimento a pessoas em cumprimento de medida de segurança e de pessoas portadoras de transtorno mental dos estados de São Paulo, Goiás, Santa Catarina e Distrito Federal.

HCTPs (BRASIL, 2002: 6) e publicações científicas sobre o tema (KOLKER; DELGADO, 2003). Já a expressão “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” tem relação com o termo “pessoa com transtornos mentais em conflito com a lei” (MUSSE, 2008: 146), cunhado por uma pesquisadora da área do direito e da psicologia para fazer chegar ao campo da saúde mental as contribuições de outros dois campos de saber, a bioética e o biodireito, três anos depois sendo incorporada ao parecer do MPF, quando a mesma fez parte da equipe de especialistas que elaborou o parecer. Ou seja, segundo os documentos consultados, a expressão “louco infrator” é de uso oficial a partir de 2006, enquanto “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” a partir de 2011, sendo que a gênese da segunda diz respeito ao resultado de pesquisas científicas sobre ética, direito e medicina, já sobre a primeira não foram encontrados elementos suficientes para tal localização no campo científico até o momento.

O PAIPJ-MG foi instituído através de portaria governamental no ano de 2001 (Portaria conjunta nº 25 / 2001) com o nome Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental. Além de “louco infrator” e “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”, temos também “paciente judiciário” como expressão para se referir às pessoas em cumprimento de medida de segurança, ora o paciente judiciário “portador de sofrimento mental” no PAIPJ-MG, ora o paciente judiciário “autor de ato previsto como criminoso” no PAIPAC-ES.

Segundo Carneiro (2011: 27), o termo “paciente judiciário” foi utilizado pela primeira vez em 2000 por uma pesquisadora para se referir “... às pessoas que cometeram ato homicida e cuja internação ocorreu por ordem judicial”, em 2010, passando a corresponder a “todo indivíduo que responde por algum processo criminal e que em algum momento se apresenta em situação de sofrimento psíquico”. (Resolução nº 633 / 2010, do Tribunal de Justiça de Minas Gerais). Em outras palavras, o termo “paciente judiciário” passou a ser utilizado para um fim que extrapola aquele para o qual foi criado, dirigindo-se para mais pessoas e situações do que o inicial, chegando mesmo a incluir pessoas às quais não foi aplicada a medida de segurança.

Em 2013 o governo federal adota a terminologia “paciente judiciário” – e não “louco infrator” ou “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” – para estimular a instalação de “Núcleos de Atenção Integral ao Paciente Judiciário” em todo o território nacional, em convergência com resoluções de dois órgãos do setor justiça: o Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária e o Conselho Nacional de Justiça.

Dito de outro modo, “paciente judiciário” se consagrou como termo apropriado para se referir à população em cumprimento de medida de segurança em âmbito federal, alcançando essa esfera governamental do Poder Executivo que induz estados e municípios da federação a criar programas para garantir o direito à saúde da população. O termo “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei” foi proposto por um órgão fiscalizador e não executor desse mesmo do Poder Executivo, o Ministério Público Federal no Poder Judiciário. O termo “louco infrator” alcançou o estatuto de nomeação oficial após a promulgação da portaria que institui o PAILI-GO, sendo que ainda hoje é o termo corrente para se referir informalmente a essa parcela tanto da população psiquiátrica quanto da penitenciária. O próprio programa governamental precursor do atendimento às pessoas em medida de segurança no país, o PAIPJ-MG, não usava “louco infrator” para se referir às mesmas e sim paciente judiciário, embora em sua última cartilha passe a condensá-las na expressão “Programa de Atendimento Integral ao Paciente Judiciário Portador de Sofrimento Mental Infrator” (BARROS-BRISSET, 2010).

**Tabela 2 – Categorias governamentais para designar a população submetida à medida de segurança no Brasil**

EXPRESSÃO	DOCUMENTO	ANO
Paciente Judiciário	Estudo de V. Costa	2000
	Portaria municipal – Belo Horizonte – MG	2001
	Resoluções de Conselhos	2010
	Minuta de portaria federal – Ministério da Saúde	2013
Louco Infrator	Estudo de T. Kolker e P. Delgado	2003
	Portaria estadual – Goiás	2006
	Estudo de U. Castro	2009
Pessoa com Transtornos Mentais em Conflito com a Lei	Estudo de L. Musse	2008
Pessoa Adulta Portadora de Transtorno Mental em Conflito com a Lei	Parecer do Ministério Público Federal	2011

Muitos outros termos foram utilizados para se referir a essa parcela da população ao mesmo tempo carcerária e psiquiátrica. No censo psicossocial em um HCTP carioca, por exemplo, visava-se subsidiar o atendimento do dito “portador de transtorno mental infrator” (KOLKER *et al.*, 2009). No debate acadêmico sobre o tema em uma revista de saúde pública, utilizou-se “pessoas com transtorno mental autoras de delitos” (CORREIA, 2007) para se referir aos “internos em HCTP” no sentido de uma luta em defesa de seus direitos humanos. Essas expressões pretendem se referir a todos aqueles reclusos nos HCTPs, as outras a todos os que estão cumprindo medida de segurança na modalidade ambulatorial e não na hospitalar (como “paciente judiciário”), sendo que há termos inclusive para quem se encontra na etapa do incidente de sanidade mental, anterior à aplicação da medida de segurança no rito judicial: “paciente judiciário portador de sofrimento mental”, ou seja, em sofrimento psíquico, não necessariamente tendo recebido um diagnóstico de transtorno mental.

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

Das considerações de Castro (2009: 88) sobre a criação de uma enfermaria no Hospício Nacional dos Alienados destinada ao que ele designa geralmente de “loucos infratores”, mas também de “pacientes delituosos”, destacamos o artigo 11º do referido Decreto nº 132 / 1903, no qual consta que “enquanto os Estados não possuírem manicômios criminais, os alienados delinquentes

e os condenados alienados somente poderão permanecer em asilos públicos ou nos pavilhões que especialmente lhes reservem”. Ou seja, “alienado delinquente” já foi a expressão adotada em outro momento histórico para se referir aos “loucos infratores” segundo o autor.

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

A dificuldade apontada para nomear essa população ao mesmo tempo psiquiátrica e penitenciária em âmbito estatal na passagem do século XX para o XXI, ora designando as pessoas em cumprimento de medida de segurança de “louco infrator”, ora de “paciente judiciário” e até mesmo de “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”, não pode ser considerada propriamente contemporânea, já que “alienado delinquente” era uma expressão oficial para se referir a eles na passagem do século XIX para o XX. Além disso, Almeida (2013: 443;446) mostra as mudanças nos diagnósticos dos “casos limítrofes” por parte dos peritos de um HCTP no estado do Rio Grande do Sul, caminhando do predomínio da “degeneração atípica” no início do século XX em direção à hegemonia da categoria “personalidade psicopática” em meados do mesmo. Contudo, esses termos são distintos de expressões unívocas, tais como degenerados (CARRARA, 1998) e monomaniacos (FOUCAULT, 2004[1977]) no século XIX.

Até o momento acentuamos mais o primeiro termo da dupla expressão “louco infrator” e da múltipla “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”, o “louco” e a “pessoa portadora de transtorno mental”, fazendo-o menos com o segundo termo, o “infrator” e “em conflito com a lei”. Misse (2010: 17-21) mostra que a categoria “bandido”, rótulo aplicado no Brasil ao sujeito criminal produzido pela interpelação da polícia, tem estreita relação com a figura da periculosidade. Segundo o autor, os ditos “marginais” remeteriam a algo mais do que simplesmente “criminosos”, pois eles seriam “violentos”, remetendo à ideia de irrecuperabilidade e fazendo da expectativa de “ressocialização” um eufemismo. As categorias governamentais criadas no contexto da formulação de políticas públicas de saúde, justiça e

assistência social, nesse sentido, também estariam lidando com sujeitos aos quais se aplica um rótulo – intrinsecamente perigosos segundo Otoni (2011) – e os quais se consideram irrecuperáveis: nem doentes, nem criminosos propriamente na perspectiva de Carrara (1998), mas anormais, degenerados. A passagem de “infrator” a “em conflito com a lei” aponta justamente para uma tentativa de atenuar esse rótulo, aplicando uma terminologia para se referir a crianças e adolescentes – os ditos “jovens em conflito com a lei” – aos adultos, daí o termo “adulta” na expressão “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”.

Se essa ligação inusitada entre dois marcadores sociais da diferença, condição de saúde e idade, foi fundamental para a produção de novas categorias governamentais para se referir às pessoas em cumprimento de medida de segurança, é a relação entre gênero e violência que vai nos guiar na direção da compreensão dos processos de vulnerabilização, como veremos a seguir.

## **Processos de vulnerabilização**

O Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPE), departamento do Ministério da Saúde no qual a Área Técnica está inserida, tem como função “participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada no país, observando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Embora no *site* do Ministério da Saúde essa função articuladora do departamento seja realçada, na época em que um dos autores lá trabalhava (2008-2010) eram três os pilares do mesmo: os princípios da universalidade e equidade e aquilo que aqui nos interessa destacar, a condição de vulnerabilidade.

Antes de tudo, a razão de ser do departamento era efetivamente universalizar o acesso da população às ações e serviços de saúde, criando programas específicos para parcelas da população que não costumavam se beneficiar da principal e mais abrangente ação governamental nessa direção, a Estratégia de Saúde da Família (por razões diversas, entre elas o fato de se encontrar privado de liberdade em um estabelecimento penal e não ter condições, assim, de procurar uma unidade de saúde para ser atendido). Além disso, o departamento tinha como finalidade fortalecer a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, ou seja, reconhecendo as situações de desigualdade no acesso de certos segmentos sociais aos estabelecimentos

sanitários, como os idosos, crianças, adolescentes, mulheres, portadores de transtorno mental, portadores de deficiência e pessoas privadas de liberdade, favorecer a minimização das mesmas através de iniciativas específicas (como incluir equipe de saúde dentro de estabelecimentos penais). Enfim, visava garantir o direito à saúde também para as ditas “populações vulneráveis”, em outras palavras, fazer com que esse conjunto de grupos com pouco e/ou inadequado acesso ao SUS fosse também contemplado pelas atividades regulares de recuperação, promoção e prevenção em saúde (como garantir vacinação dentro dos presídios).

Quando retomamos através do estudo de Vianna (2002) o conjunto de populações sob o estatuto de tutela no código civil republicano, “mulheres casadas”, “menores” e “loucos de todo gênero” entre outros, notamos uma grande semelhança entre essas populações tuteláveis e as populações vulneráveis do DAPE, exceto a população carcerária, as pessoas privadas de liberdade, embora se encontrem sob a “custódia” do Estado enquanto estiverem reclusas nos estabelecimentos penais.

O PNSSP foi instituído em 2002 após iniciativa do setor de HIV/AIDS do Ministério da Saúde em 1995, o mesmo tendo incluído os ditos “detentos” entre as ditas, à época, “populações de risco”, junto com os (as) também designados (as), à época, “homossexuais” e “prostitutas” (BRASIL, 2010: 11). Assim, no âmbito da elaboração de políticas públicas de saúde para a população carcerária, a mesma passou de “população de risco” em 1995 para “população vulnerável” em 2002.

O PNSSP previa ações para lidar com hepatites, hanseníase e outras doenças infecto-contagiosas, como também para diabetes, hipertensão e outras doenças crônico-degenerativas, mas os eventos e reuniões organizados com maior regularidade eram voltados para duas doenças infecto-contagiosas: tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis, entre elas HIV/AIDS. Além dessas tendências no sentido de privilegiar certos problemas de saúde no delineamento das prioridades de ação governamental, outros enquadramentos na abordagem do público-alvo do PNSSP foram mencionados anteriormente: eram dirigidos apenas aos reclusos em três estabelecimentos penais (HCTPs, penitenciárias e colônias agrícolas e industriais), somente a população penitenciária e não a carcerária como um todo; classificava os estabelecimentos penais em unidades prisionais masculinas, femininas e psiquiátricas.

Embora a grande maioria das pessoas privadas de liberdade fosse do sexo masculino e apenas 7% do sexo feminino, o número destas estava

umentando progressivamente no sistema prisional nos últimos anos. Algumas pesquisas apontavam para uma estreita relação entre esse aumento e o envolvimento de mulheres no tráfico de drogas, por vezes considerando mesmo que elas se encontravam nas prisões em grande parte por conta dos seus parceiros: ora por portarem drogas ilícitas em visitas aos mesmos na prisão, ora por transportá-las, entre outras possibilidades (SANTA RITA, 2009). As mães, seus bebês e crianças no sistema prisional também eram objeto de uma atenção cada vez mais intensa por parte do poder público, tendo sido a população do sexo feminino reclusa nas prisões recentemente incluída na Rede Cegonha, programa do governo federal cuja função era garantir os direitos das gestantes à atenção integral em saúde. Os estudos da área de saúde penitenciária no país geralmente eram de cunho quantitativo e realizados em unidades prisionais masculinas, destacando-se regularmente a incidência de doenças infectocontagiosas, sendo que os estudos qualitativos, em menor número, aconteciam principalmente nas unidades prisionais femininas (GOIS *et al.*, 2012: 1243). O primeiro estudo epidemiológico de âmbito nacional sobre a população prisional, em curso desde 2011, também será exclusivamente nas unidades prisionais femininas<sup>6</sup>. Do mesmo modo que Sarti *et al.* (2006) notaram em relação a outro programa governamental, a identificação de uma dada população beneficiada como vítima ou agressor estava condicionando a oferta de atendimento em saúde às mesmas; da mesma maneira que um homem teria dificuldade no acesso às ações de atendimento à violência sexual por ser visto mais como agressor do que como vítima, assim também o seria com relação às ações e serviços de saúde no sistema penitenciário, muito embora representasse a maior parcela da população-alvo.

Grosso modo, tanto entre os pesquisadores quanto entre os gestores, procurava-se gerar um censo em uma unidade psiquiátrica dentro do sistema prisional, um estudo quantitativo nas masculinas e um estudo qualitativo nas femininas, ou ainda de modo mais simplificador: os portadores de transtorno mental são recenseados para subsidiar futuras ofertas de tratamento, os homens contados para debelar possíveis epidemias e as mulheres escutadas para se compreender como chegaram ali. Embora representassem a

---

<sup>6</sup> Ver a pesquisa desenvolvida pelo Prof. Dr. Roberto da Justa Pires Neto (UFC), designada “Inquérito Nacional de Saúde na População Penitenciária Feminina e de Servidoras Prisionais”.

maior parcela da população carcerária, os reclusos em unidades prisionais masculinas não pareciam ser o principal foco das atividades da gestão federal em saúde e, quando o eram, para os pesquisadores de saúde penitenciária tratava-se apenas de produzir dados quantitativos que reafirmavam o alto grau de superlotação e insalubridade das prisões. Aparentemente, os reclusos em unidades prisionais psiquiátricas e as reclusas em femininas se prestavam mais à atribuição de “populações vulneráveis” do Departamento, no qual a Área Técnica funcionava como se estivessem injustamente no sistema prisional, seja porque aos primeiros não tinha sido aplicado o regime ambulatorial da medida de segurança e sim o hospitalar, seja porque as segundas tinham cometido a infração em circunstâncias nas quais a influência dos parceiros sobre seu ato era inegável.

Às vezes a população masculina e a feminina se encontravam na mesma unidade prisional sem que isso fosse considerado ilegal, como no caso da “(...) ATP [ala de tratamento psiquiátrico] localizada no interior de uma penitenciária feminina de Brasília.” (CASTRO, 2009: 99). Visto isoladamente, esse fato nada esclarece sobre os processos de vulnerabilização das pessoas privadas de liberdade de que estamos falando, mas, considerando esse conjunto de informações apresentado, ele sugere que, quando a população reclusa em uma unidade prisional masculina se tornava psiquiátrica, a mesma adquiria outro estatuto no interior da dinâmica institucional, autorizando a permanência dentro de um estabelecimento penal feminino. Aparentemente, pessoas portadoras de transtorno mental e do sexo feminino não só eram consideradas diferentes daquelas do sexo masculino a ponto de o sistema prisional operar com a distinção entre unidades prisionais masculinas, femininas e psiquiátricas, como também podiam ser mesmo agregadas em um mesmo estabelecimento por serem consideradas igualmente vulneráveis quando em comparação com as últimas. Isto apesar de dados do recente censo nacional dos “estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico”:

Seja porque o louco se mantém em casa e não reconhece a rua como seu espaço de sociabilidade, seja porque a casa é um espaço de risco, é na família que se concentram os homicídios (49% do total). E, apesar de as mulheres serem uma minoria ainda mais silenciada nesse universo de anônimos (há uma mulher para cada doze homens), elas cometem mais homicídios que os homens, e suas principais vítimas são os filhos (24% das vítimas dos homicídios cometidos por mulheres). A casa é o principal espaço de expressão da loucura com atos infracionais graves, o que acena para uma dificuldade a ser enfrentada pelas políticas assistenciais e de saúde

mental que depositam na família responsabilidades pelo sucesso da desinternação do indivíduo. Primordialmente, é o Estado quem deve tomar para si o dever de cuidar dessa população e proteger seus direitos fundamentais. (DINIZ, 2013: 16)

Primeiro, ao contrário da tese repetidamente apresentada em eventos sobre as pessoas reclusas em HCTPs no país, segundo a qual muitas tinham sido internados por crimes banais (como “roubar uma bicicleta”), os homicídios predominam entre elas. Segundo, as pessoas do sexo feminino reclusas em HCTP cometem mais homicídios do que as do sexo masculino. Terceiro, o crime mais comum no conjunto da população carcerária, majoritariamente masculina, é o furto, o roubo e outros crimes contra o patrimônio, não aqueles contra a vida. Enfim, essa relação entre gênero, crime e loucura ainda é algo que merece uma análise mais cuidadosa, aqui sendo possível apenas afirmar que os processos de vulnerabilização em curso no âmbito das políticas públicas de saúde voltadas para pessoas privadas de liberdade envolvem uma vitimização de certas parcelas da população carcerária, reclusas em unidades prisionais femininas e psiquiátricas.

Além disso, a própria inclusão do Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome junto com os da Saúde e da Justiça no grupo interministerial para criar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional em substituição ao PNSSP em vigor citada anteriormente (Portaria Interministerial nº 1.679 / 2013) é outro elemento que reafirma a centralidade da categoria “vulnerabilidade” no entendimento contemporâneo da população carcerária, já que vulnerabilidade e risco são as categorias através das quais o Sistema Único de Assistência Social opera, diferentemente de cuidado e tratamento como o SUS e proteção e segurança como o Sistema Penitenciário.

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

## Considerações finais

Consideramos os nomes através dos quais são designadas as populações no âmbito da formulação de políticas públicas relevantes, não só as práticas no âmbito da implantação das mesmas. O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) visa aumentar o acesso às ações e serviços de saúde apenas da dita “população penitenciária”, não do conjunto da “população carcerária”. Dentre os estabelecimentos penais nos quais devem ser instaladas equipes de saúde no sistema penitenciário estão os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs), destinadas a pessoas em cumprimento de medida de segurança na modalidade hospitalar, embora pessoas em cumprimento de medida de segurança possam fazê-lo na modalidade ambulatorial e fora dos estabelecimentos penais. Desta maneira, o PNSSP destina-se à população penitenciária, inclusive a reclusa em HCTPs, mas não ao conjunto mais abrangente de pessoas em cumprimento de medida de segurança. Dessa maneira, a Área Técnica de Saúde no Sistema Penitenciário no Ministério da Saúde e a Coordenação de Apoio à Assistência Jurídica, Social e à Saúde no Ministério da Justiça, gestoras do PNSSP, não dirigem suas ações à população em cumprimento de medida de segurança, mas à população penitenciária reclusa em HCTPs, conjuntos a que nem sempre correspondem. Essa zona de interseção entre saúde e justiça em âmbito governamental federal se restringe aos reclusos em estabelecimentos penais, não a qualquer pessoa à qual se aplique uma medida de segurança.

A população penitenciária reclusa nos HCTPs sempre se encontra em cumprimento de medida de segurança na modalidade hospitalar, nem sempre na ambulatorial, poderíamos supor então. Segundo o último censo nacional de “estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico” (em HCTPs e também alas de tratamento psiquiátrico em estabelecimentos penais), nem sempre os reclusos em HCTP encontram-se em cumprimento de medida de segurança em qualquer uma das suas modalidades (DINIZ, 2013), sendo que estudo anterior nesses estabelecimentos mostrava que apenas 70% deles estavam-na cumprindo (OLIVEIRA, 2009). Por vezes, não só as pessoas não estavam cumprindo medida de segurança quando reclusas nos HCTPs como também não eram propriamente pessoas portadoras de transtorno mental, já que não tinham passado por uma perícia que apontasse o diagnóstico. Assim, trata-se de uma zona de interseção entre saúde e justiça, não necessariamente entre saúde mental e justiça.

As pessoas em cumprimento de medida de segurança na modalidade ambulatorial encontram-se em programas de atenção integral, como o PAIPAC-ES, o PAIPJ-MG e o PAILI-GO, poderíamos supor também, não necessariamente, já que a equipe do PAIPJ-MG pode atuar a partir do incidente de sanidade mental, na delegacia, antes mesmo da aplicação da medida de segurança pelo juiz e também da fabricação do laudo com o diagnóstico de transtorno mental pelo perito, com base na perspectiva de acolhimento ao “sofrimento” e não necessariamente ao tratamento do “transtorno”. O PAIPJ-MG é um programa vinculado ao Tribunal de Justiça, órgão do Poder Judiciário, não do Poder Executivo, articulando-se com as secretarias de saúde, educação e assistência social (dentre outras) no âmbito do Poder Executivo. Ou seja, a expressão “paciente judiciário”, em vias de se tornar a nomeação oficial de âmbito federal para se referir aos que geralmente eram designados “loucos infratores”, pode não dizer respeito exclusivamente às pessoas em cumprimento de medida de segurança, nem às pessoas portadoras de transtorno mental, mas a qualquer outro “portador de sofrimento mental” que venha a cometer uma infração. Uma zona de interseção entre saúde mental, justiça e segurança se constitui nesse cenário, diferenciado dos apresentados anteriormente no bojo do PNSSP.

Eis as questões colocadas pelas categorias governamentais para se referirem a essa população ao mesmo tempo psiquiátrica e carcerária, “loucos infratores” como se costuma designar, talvez no futuro “pacientes judiciários” e quem sabe até “pessoas adultas portadoras de transtorno mental em conflito com a lei”. Poderíamos pensar em que medida a mudança terminológica de “infrator” para “em conflito com a lei” não remete justamente um manejo governamental do sentimento de medo suscitado de que nos fala R. Hertz, no qual condição de saúde e idade colaboram para que a população reclusa em HCPTs seja destacada da “privada de liberdade” e assim mais fragilizada.

Além disso, a população penitenciária foi inserida entre outros segmentos sociais ditos “vulneráveis” no Ministério da Saúde, crianças, mulheres e idosos, embora comumente seja vista justamente como potencialmente “perigosa” no Ministério da Justiça: uma questão de segurança pública tornando-se de saúde pública, como no caso das drogas. Para adquirir esse lugar simbólico mais favorável para se beneficiar da oferta de ações e serviços no setor saúde, a população penitenciária passou a ser designada “pessoas privadas de liberdade”, não mais “presos”, não sem conflitos e tensões entre os setores e departamentos do Ministério da Saúde. De algozes – autores de delitos – as pessoas privadas de liberdade se tornaram vítimas – privados de

direitos. Entretanto, para manter-se sendo representada como “vulnerável”, a população penitenciária beneficiada pelas ações e serviços de saúde costuma ser justamente aquela reclusa em unidades prisionais psiquiátricas – onde aconteceram censos psicossociais, como os publicados em Kolker e Delgado (2003) – e femininas – onde está acontecendo a citada primeira pesquisa epidemiológica de âmbito nacional, bem como nas quais costumam acontecer os estudos qualitativos. Nesse contexto, a questão dos “loucos infratores” foi ganhando cada vez mais relevo em âmbito governamental, embora as pessoas reclusas nos HCTPs não representem nem sequer 1% da população prisional, majoritariamente reclusa em unidades masculinas.

Eis os problemas colocados pelos processos de vulnerabilização em curso nas políticas públicas de saúde, justiça e assistência social, cada vez mais incluindo segmentos sociais entre as populações vulneráveis em âmbito governamental, pareando crianças, mulheres e “bandidos” no mesmo setor, com a condição de se fazer com que estes últimos se representem como “privados de direitos”: não como algozes precisando de punição e sim como vítimas necessitando de proteção. Poderíamos nos perguntar em que medida esse campo burocrático classifica-os no momento da formulação da política pública como “pessoas privadas de liberdade”, garantindo assim o direito à saúde, no momento da implantação, ofertando acesso às ações e serviços de saúde especialmente às crianças, às mulheres e aos portadores de transtorno mental em meio aos “marginais”, “perigosos” e “irrecuperáveis”.

Tanto as *categorias governamentais* quanto os *processos de vulnerabilização* demonstram de modo contundente os atravessamentos de gênero, idade e condição de saúde na produção das vítimas, contribuindo não só para o entendimento do fenômeno da violência como também do confinamento.

## Referências

- BARROS-BRISSET, Fernanda.  
(2010) *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais.
- (2011) “Genealogia do conceito de periculosidade”. *Responsabilidades*. Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 37-52.
- BECKER, Howard.  
(2008 [1963]) *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar.
- BOURDIEU, Pierre.  
(1996 [1994]) “Espíritos de Estado: gênese e estrutura do campo burocrático”. In: *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, p. 91-135.
- BOURDIEU, Pierre.  
(2008 [1982]) “Descrerver e Prescrever: as condições e os limites da eficácia política”. In: *A Economia das Trocas Linguísticas: o que falar quer dizer*. São Paulo: EDUSP, p. 117-126.

- BOURDIEU, Pierre.  
(2012) *Surl'État: Coursau Collège de France (1989-1992)*. Paris: Raisons d'agir / Seuil.
- BRASIL.  
(2002) *Reforma Psiquiátrica e Manicômio Judiciário*. Brasília: Ministério da Saúde.  
(2010) *Legislação em Saúde no Sistema Penitenciário*. Brasília: Ministério da Saúde.
- CARNEIRO, Herbert.  
(2011) "A dignidade dos cidadãos imputáveis". *Responsabilidades*, v. 1, n. 1, p. 23-34.
- CARRARA, Sérgio.  
(1998) *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro / São Paulo: EDUERJ / EDUSP.
- CASTRO, Ulysses.  
(2009) *Reforma Psiquiátrica e o Louco Infrator: novas idéias, velhas práticas*. Brasília: Hinterlândia Editorial.
- CORREIA, Ludmila et al.  
(2007) "Direitos das pessoas com transtorno mental autoras de delitos". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 1995-2012.
- COSTA-MOURA, Renata  
(2011) "O que a clínica do crime na psicose ensina sobre a responsabilidade do sujeito? Relato da experiência do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário autor de ato previsto como criminoso no Espírito Santo / SEJUS & UFES". In: *Anais do I Congresso Latino Americano de Psicanálise na Universidade*: Rio de Janeiro. UERJ.
- DINIZ, Debora.  
(2013) *A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011*. Brasília: Letras Livres / EDUNB.
- DOUGLAS, Mary.  
(2010 [1966]) *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva.
- DOUGLAS, Mary.  
(2007 [1986]) "As instituições operam a classificação". In: *Como as instituições pensam*. São Paulo: EDUSP, p. 97-114.
- DUARTE, Luiz Fernando.  
(2010) "O nervosismo como categoria nosográfica no começo do século XX". *História, Ciência e Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, p. 313-326.
- DUDLEY, Michael et al.  
(2012) *Mental health and human rights: vision, praxis and courage*. Oxford: Oxford University Press.
- ELIAS, Norbert.  
(2006) "Processos sociais". In: NEIBURG, Federico; WAIZBORT, Leopoldo (Org.). *Escritos & Ensaios 1: Estado, processo, opinião pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 27-33.
- FOUCAULT, Michel.  
(2002) *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.  
(2004 [1977]) "A evolução da noção de indivíduo perigoso na psiquiatria legal do século XIX". In: MOTTA, Manoel (Org.). *Ética, sexualidade e política* (Col. Ditos & escritos v). Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 1-25.
- ALMEIDA, Francis.  
(2013) "Fronteiras da sanidade: 'Periculosidade' e 'risco' na articulação dos discursos psiquiátrico forense e jurídico no Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso de 1925 a 2003". *Dilemas*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 435-464.
- GOFFMAN, Erving.  
(1961) *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York: Anchor Books.
- GOIS, Swyanneet et al.  
(2012) Para além das grades e punições: uma revisão sistemática sobre a saúde penitenciária. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 5, p. 1235-1246.

- HERTZ, Robert.  
(1980 [1909]) "A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa". *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, n. 6, p. 99-128.
- HUNT, Lynn.  
(2009 [2007]) *A invenção dos direitos humanos: uma história*. São Paulo: Companhia das Letras.
- KOLKER, Tania et al.  
(2009) *A reinserção social do portador de transtorno mental infrator: proposta para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01*. Disponível em: <http://www.carceraria.com.br/pub/publicacoes/86ac935a4e8b281472b8a8a97c7e2bd2.216>. Acesso em: 3 de março de 2009.
- KOLKER, Tania; DELGADO, Pedro.  
(2003) "Tratar ou punir: um estudo sobre o louco infrator no cenário da Reforma Psiquiátrica". *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 167-181.
- LIMA, Antonio.  
(1995) *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- LIMA, Antonio e CASTRO, João.  
(2008) "Política(s) Pública(s)". In: PINHO, Osmundo; SANSONE, Livio (Org.) *Raça: novas perspectivas antropológicas*. Salvador: ABA/EDUFBA, p. 351-391.
- LOWENKRON, Laura.  
(2013) "A cruzada antipedofilia e a criminalização das fantasias sexuais". *Sexualidad, salud y sociedad*, Rio de Janeiro, n. 15, p. 37-61.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE GOIÁS.  
(2009) *Implementação da reforma psiquiátrica na execução das medidas de segurança: informações gerais*. Goiânia: MPEG.
- MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.  
(2011) *Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei 10.216/2001*. Brasília-DF: PFDC / MPF.
- MISSE, Michel.  
(2010) "Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria 'bandido'". *Lua Nova*, São Paulo, n. 79, p. 15-38.
- MUSSE, Luciana.  
(2008) *Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- OLIVEIRA, Ana.  
(2009) *O Buraco Negro do Ser: O Manicômio do Vazio - A (Des)Estrutura dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil* [dissertação]. Brasília (DF): Programa de Mestrado em Ciência Política, Centro Universitário UNIEURO.
- RUSSO, Jane e VENÂNCIO, Ana.  
(2006) "Classificando as pessoas e suas perturbações: a 'revolução terminológica' do DSM III". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, ano IX, nº 3, p. 460-483.
- SANTA RITA, Rosângela.  
(2009) "Criança em ambiente penitenciário: uma análise da experiência brasileira". *Voxjuris*, v. 2, n. 1, p. 203-220.
- SARTI, Cynthia et al.  
(2006) "Violência e gênero: vítimas demarcadas". *Physis*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 167-183.
- SILVA, Martinho.  
(2009) "Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental". *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 149-158.
- SILVA, Martinho.  
(2010) "O desafio colocado pelas pessoas em medida de segurança no âmbito do Sistema Único de Saúde: a experiência do PAILI-GO". *Physis*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 653-682.

SILVA, Martinho.

(2012) “O debate sobre as drogas no Congresso Nacional: descrição e análise quantitativa das propostas legislativas da 53ª Legislatura”. In: DELDUQUE, Maria Célia; ROMERO, Luiz Carlos. (orgs.) *Produção normativa em saúde: políticas setoriais e regulação*. Brasília: Senado Federal, p. 283-294.

VIANNA, Adriana.

(2002) *Os limites da menoridade: tutela, autoridade e família em julgamento*. Tese de Doutorado. Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Recebido em**

outubro de 2013

**Aprovado em**

janeiro de 2014