



O crime

LOUCO

Ernesto Venturini
Domenico Casagrande
e Lorenzo Toresini



Brasília-DF
2012



Plenário responsável pela publicação

Conselho Federal de Psicologia XV Plenário Gestão 2011-2013

Diretoria

Humberto Cota Verona – Presidente
Clara Goldman Ribemboim – Vice-presidente
Monalisa Nascimento dos Santos Barros – Tesoureira
Deise Maria do Nascimento – Secretária

Conselheiros efetivos

Flávia Cristina Silveira Lemos
Secretária Região Norte
Aluizio Lopes de Brito
Secretário Região Nordeste
Heloiza Helena Mendonça A. Massanaro
Secretária Região Centro-Oeste
Marilene Proença Rebello de Souza
Secretária Região Sudeste

Ana Luiza de Souza Castro
Secretária Região Sul

Conselheiros suplentes

Adriana Eiko Matsumoto
Celso Francisco Tondin
Cynthia Rejane Corrêa Araújo Ciarallo
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Márcia Mansur Saadallah
Maria Ermínia Ciliberti
Mariana Cunha Mendes Torres
Marilda Castelar
Roseli Goffman
Sandra Maria Francisco de Amorim
Tânia Suely Azevedo Brasileiro

Psicólogas convidadas

Angela Maria Pires Caniato
Ana Paula Porto Noronha



ORGANIZADOR
Virgílio de Mattos



1ª Edição
Brasília-DF
2012



É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br

1ª Edição 2012

Capa: Liberdade de Expressão

Projeto Gráfico: IDEORAMA

Diagramação: IDEORAMA

Tradução: MARIA LÚCIA KARAM

Liberdade de Expressão – Agência e Assessoria de Comunicação

Coordenação Geral/CFP

Yvone Magalhães Duarte

Coordenação de Comunicação/CFP

Cristina Bravo

André Almeida/Editoração

Lívia Davanzo

Gustavo Gonçalves

Direitos para esta edição Conselho Federal de Psicologia

SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo sala 105 – Brasília –DF – Brasil.

70719-900 Brasília-DF

(11) 2109-0107

E-mail: ascom@cfp.org.br

www.cfp.org.br

Impresso no Brasil – Setembro, 2012

Conselho Federal de Psicologia

O CRIME LOUCO. Ernesto Venturini, Domenico Casagrande e Lorenzo Toresini (autores). Virgílio de Mattos (Organizador). Maria Lúcia Karam (Tradutora). - Brasília: CFP, 2012.

351 p.

ISBN: ISBN: 978-85-89208-54-3

1. Psicologia 2. Saúde Mental 3. Crimes

I. Título.

BF76

RESUMO

“O crime louco é uma obra com reflexões, dados e análises de três crimes emblemáticos, cometidos por portadores de sofrimento mental italianos, que resultaram em processos criminais contra os profissionais antimanicomiais, que neles foram envolvidos como réus em um inadmissível contorcionismo jurídico.

Complicadíssima questão dogmático-penal de concurso culposo, por parte do psiquiatra, em delito doloso, cometido pelo louco infrator, é também objeto de análise nesse precioso trabalho que o Conselho Federal de Psicologia torna possível que você leia, na bem cuidada tradução de Maria Lúcia Karam.”

Endereço do CFP:

SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo sala 105 –
Brasília –DF – Brasil.
70719-900 Brasília-DF

PREFÁCIO À EDIÇÃO BRASILEIRA

Virgílio de Mattos¹

Por onde começar? Desde a primeira vez que conversamos sobre a hipótese de traduzirmos *O crime louco* e Ernesto Venturini pediu-me este prefácio à edição brasileira, fiquei em dúvida já no início. Procurar correspondências, tentar um tom formal e didático, esquecendo o percurso de mais de uma década de amizade parecia-me mesquinho e distante da realidade. Definitivamente não começaria por aí. Busco lembranças e a memória as faz vir em rajadas longas.

A primeira vez que conversamos, por exemplo. Inenarrável a tranquilidade que me passou com a simples frase: “pode falar em português se você preferir”. E prontamente agendou uma reunião para daí um par de dias.

A primeira vez que o vi parecia estar diante de um amigo de muito tempo. Pareceu-me ser recíproco. Ímola lembrava certa parte de uma Montevideo do passado ambas as cidades muito lindas e que parecem ter-se fixado no tempo. Na Itália a expressão: *o levaram para Ímola*, corresponde ao mineiro e roseano “o levaram para Barbacena”. Ser levado para um e outro lugar correspondia, quase sempre, a nunca mais voltar para lugar nenhum. Nem na memória, nem na vaga lembrança. Um ponto para não sair e de onde não se pode voltar.

Ali, pela primeira e última vez, vi e toquei em uma camisa de força em um lugar mais do que apropriado: um museu.

Naquele dia, mesmo atarefado e às voltas com a feitura do orçamento anual, Ernesto teve a suprema delicadeza de organizar uma reunião com os usuários em uma deliciosa “Oficina de Vozes” compartilhada naquela visita.

E na carona de volta até Bologna pudemos compartilhar a abertura que fazia da sua família para o pouco convencional *trio estranho* (eu,

1 - Do Grupo de Amigos e Familiares de Pessoas em Privação de Liberdade. Do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Autor de Crime e Psiquiatria – Preliminares para desconstrução das Medidas de Segurança, dentre outros.

Laura Lambert e Francisco Caminha) e o encantador jantar alguns dias depois.

As visitas dele aqui no Brasil quase sempre me proporcionavam a sorte de revê-lo. Pessoalmente me empenhei em duas que foram importantíssimas para mim: um congresso antimanicomial em Belo Horizonte, onde participou estupefato (*Ma come mai?*) das bodas de ouro de Nélio e Maria José Lambert, a visita à *Favelinha* e à festa junina e a outra, em um congresso paulista de saúde mental em que rimos de todos os desencontros desses últimos dez anos.

Ernesto sempre teve uma relação muito família, no que pode ter o signo de mais positivo, respeitoso e afetivo, com as várias outras famílias. Em especial as de usuários, trabalhadores, estudiosos. E por isso, não sei se suponho ou deliro, abre sempre aquilo que pensa sem se importar se vai agradar ou magoar, alegrar ou enraivecer. Ele diz sempre o que pensa e isso, no Brasil, muita vez é considerado um defeito dependendo em que ambiente se esteja.

Venturini é um amigo e uma referência, nesta ordem. Por isso você está lendo estas linhas: como a prepará-lo para um grande espetáculo.

Segunda pergunta:

Fazendo coro a Basaglia: o que é isso?

Falam os psiquiatras, os magistrados, os trabalhadores. Há o direito à fala dos pacientes. Só pode mesmo ser livro, processo ou delírio. Em que espaço dizem todos sobre tudo em um mesmo nível de atenção no discurso? Afinal o trato dado ao portador de sofrimento mental sempre foi, pré-Basaglia, uma espécie de *sonderbehandlung*².

Os hospitais psiquiátricos judiciais da Itália, os manicômios judiciais, ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos, como diz a lei, no Brasil sempre operaram em relação ao crime do louco de modo a fazer com que fossem tratados de maneira a cumprir a profecia do afastamento para sempre, a segregação eterna não prevista na legislação brasileira, mas que ainda tem espaço no

2 - Literalmente: tratamento especial, nomenclatura utilizada pelas SS hitleristas.

ergástulo italiano. Pelo menos no mundo sombrio da “previsão legal”.

Na verdade a contenção manicomial, varrida do mundo dos vivos como “tratamento” pela reforma basagliana, fez do Hospital Psiquiátrico Judiciário (OPG, da sigla italiana e como são conhecidos e mencionados) um local de manutenção da contenção e não de tratamento. Símbolo e real produzindo o mesmo efeito no final: a morte.

Complicadíssima questão dogmático-penal de concurso culposo, por parte do psiquiatra, em delito doloso, cometido pelo louco infrator é também objeto de análise nesse precioso trabalho que o Conselho Federal de Psicologia torna possível que você leia, na bem cuidada tradução de Maria Lúcia Karam.

Aliás, um justo registro é aqui indispensável. Fundamental que se diga que a tradução primorosa de Maria Lúcia, sempre tão cuidadosa, elegante e brilhante não foi feita sem percalços no percurso. A fratura de um braço em Roma, a caminho de uma reunião sobre a tradução com o próprio Venturini, funcionou como espécie de dolorosa piada privada entre aqueles envolvidos na construção dessa edição brasileira. É que tanto Malu, quanto alguns outros envolvidos, creem em Deus, dons, dádivas. Nenhum deles crê em desculpas. Mas, era como se uma deidade vinculada ao pensamento retrógrado quisesse puni-la pela ampliação do conteúdo deste livro. Obviamente que se trata, não importa em que língua você venha a lê-lo, leitor privilegiado, de um livro de *altíssima periculosidade*.

A pronta resposta do Conselho Federal de Psicologia, parceiro constante na luta por uma sociedade sem manicômios, fez com que esse projeto se viabilizasse.

Penso que no Brasil, em termos legislativos, no que diz respeito ao trato hospitalocêntrico do louco infrator, estejamos adiante do modelo legislativo italiano. Na Itália ainda existe, pelo menos na formalidade da lei, a famigerada fórmula de duplo trilho: pena + medida de segurança, entre nós varrida desde 1984.

Este livro não trabalha comparações entre os dois sistemas, sou eu que divago. Este imprescindível livro cuida de responsabilidades,

tanto na área da psiquiatria, quanto na área do direito. Sobretudo na área da responsabilidade penal da psiquiatria. Não é uma psiquiatria qualquer. Psiquiatria comprometida com a solução antimanicomial. Psiquiatria que só exclui a inclusão da contenção para sempre.

Os casos aqui narrados são emblemáticos e impactantes. Alguns datam de mais de 40 anos, mas a mesma ideia preconceituosa de “perigoso porque louco e criminoso” permeia. São episódios ligados às mais radicais experiências de desinstitucionalização e, bem por isso, tornaram-se tão midiáticos. Há um certo medo/pânico atávico e o *trial by media* cuida de amplificar e multiplicar sempre que há um louco e criminoso no mesmo ato, mesmo que de passagem. Para ele os rigores da lei e de seus regulamentos. Mas, sobretudo, a ausência de esperança. Ausência que sobra e, obviamente, não está prevista nem na lei e nem em seus regulamentos.

Do ponto de vista da dogmática jurídica são absurdos, pois se considerou o concurso culposo (por parte dos psiquiatras) em delito doloso (cometido por seus pacientes). Até os mais empedernidos dogmas da Academia têm um pouco de dificuldade em vislumbrar exemplos disso no que se convencionou chamar “mundo da vida”, como se a dogmática penal vivesse em outro mundo (e vive!).

Um dos comezinhos dos delitos culposos, que os alunos de graduação em direito não acham tão difícil assim, é levar com extremo cuidado a assertiva de que a capacidade de previsibilidade daquilo que é previsível é um dos elementos informadores dos crimes culposos. Ser capaz de prever o que seria previsível é parte da estrutura. Prever o imprevisível é oráculo.

Podemos sintetizar, de forma simples, que o crime culposo seja uma conduta defeituosa, ou de direção mal dada, que irá produzir um resultado que não era querido – do contrário estaríamos diante de um crime doloso, quando o agente quer o resultado ou assume o risco de produzi-lo – mas objetivamente previsível. É a conduta não diligente, imprudente ou imperita (neste último caso sempre reservada a episódios de arte ofício ou profissão). Imperícia, na

linguagem técnico-jurídico penal é despreparo, falta de capacidade ou conhecimento insuficiente.

Diversa do erro profissional, que trabalha – como o próprio nome indica – com a imperfeição e a precariedade dos conhecimentos do agente técnico e ultrapassa os limites da prudência e atenção.

Obviamente que os quatro casos aqui trazidos não foram tratados com imperícia pelos envolvidos e nem, muito menos, com qualquer eiva de erro profissional.

O direito estabelece que deve haver cuidado e diligência, *obligatio et diligentiam, não prever aquilo que era previsível e possível de ser previsto nas circunstâncias*, desde que tal previsão, a da modalidade culposa, exista anteriormente na legislação. Para parafrasearmos Friedrich Dürrenmatt (*A pane*, 1955): *Um crime é algo que sempre se pode achar.*

Os dogmas penais gostam de dizer que a conduta praticada de forma que outra não lhe fosse exigida (exatamente as três hipóteses de que cuida este livro) não pode vir a ser objeto da reprovação penal exatamente pela *inexigibilidade de outra conduta*.

Nas hipóteses tratadas os comportamentos dos médicos acusados não foram reprováveis, uma vez que o cuidado objetivo devido a cada caso foi sempre respeitado (e aqui não quero e não posso raciocinar com condicionantes otimistas ou pessimistas, mas apenas os fatos que estão nos autos dos respectivos processos).

O primeiro caso, de Gorizia, data de 1968 e é um marco da contrarreforma quando a reforma apenas começava. Em 1971 e em 1977, durante o desenvolvimento da reforma psiquiátrica em Trieste, outros dois casos monumentos; e o último deles, em Ímola, ano 2000, com a reforma consolidada, mas que não deixou de estar sob ataque um único dia sequer.

É um livro coletivo organizado por Venturini. Os casos são apresentados por protagonistas da reforma psiquiátrica e de um modelo não hospitalocêntrico. Domenico Casagrande, psiquiatra e colaborador próximo de Franco Basaglia à época do incidente é

quem o relata, enriquecendo a reconstrução com material inédito, tanto na Itália, como entre nós. Lorenzo Toresini, também psiquiatra, descreve os dois funestos casos ocorridos em Trieste exatamente no período de superação do hospital psiquiátrico. Ele mesmo figurou como acusado em um dos casos, escrevendo o fundamental *La testa tagliata* (Cabeça Cortada), ainda não traduzido em português.

Sobre o caso de Ímola fala Ernesto Venturini, que àquela época era o diretor do Departamento de Saúde Mental daquela bela e significativa cidade.

Como ele mesmo diz, em sua sempre impressionante síntese: *Em essência, se recoloca, mais uma vez, a indagação que Franco Basaglia fazia a si mesmo e a nós em 1967, indagação que parecia resolvida e que, no entanto, ainda permanece em aberto: o que é a psiquiatria?*

A preocupação com a sentença da Corte de Cassação, de final de 2007, uma exceção à majoritária jurisprudência que inadmita o concurso culposo em delito doloso praticado por outrem, representa um retrocesso na cotidiana luta da reforma psiquiátrica, pois tenta reintroduzir a lógica da custódia em contraposição àquilo exigido pelo tratamento.

Ao contrário de psiquiatras da estirpe de Venturini, Casagrande e Toresini aqueles que emprestam seu curto alcance de pensamento à luta contra a reforma anti-hospitalocêntrica não têm nenhum temor de reproduzir um saber separado da realidade. Afinal, para conseguir lucrar com a desgraça alheia e operar em um sentido sabidamente inoperante, como é o modelo de contenção dos corpos em *loci* de exclusão, inflição de dor e vingança; não se pode exigir senso crítico ou um mínimo de solidariedade de pessoas que lucram com o sofrimento de seres humanos.

Venturini, Casagrande e Toresini não são inteligências superiores dominados pela certeza, são trabalhadores na linha de frente. Não reforçam o mecanicismo de que os sintomas derivam perfeitamente dos diagnósticos e todos os diagnósticos correspondem a uma precisa dosagem farmacológica. Eles cuidam das necessidades dos

pacientes como seres humanos e não como números em uma tabela estatística. Sempre uma tarefa plena de riscos em uma sociedade de alta complexidade como a nossa.

Todos fizeram, a seu tempo e modo, escolhas difíceis para estar do lado certo da luta: contra o manicômio e tudo aquilo que ele representou e representa. Sobretudo recusaram-se a fazer o papel de carcereiros, não importando a gravidade da doença.

Antes que vocês passem à leitura uma lembrança simbólica como a memória de dias felizes; a realização do sonho de Basaglia. Em Ímola, com o hospital deserto dos seres que eram ali depositados em quantidades industriais, Venturini convidou a todos os ex-internos sobreviventes, seus parentes e cidadãos, trabalhadores e amigos para que jogassem sal – assim como faziam os romanos com as cidades vencidas – para que ali nunca mais geminasse a ideia manicomial.

O obscurantismo desses tempos neoliberais, a manter respirando por aparelhos o capitalismo, ainda que em seus estertores, parece que não desiste de ressuscitar seu velho e indispensável parceiro: o manicômio.

Obviamente que o modelo da desinstitucionalização exige dos profissionais uma profunda responsabilização. Responsabilizar verbo. Responsabilizar adjetivo. Fazer-se responsável pela prática difícil do cuidado atento e extremo que às vezes escapa por um fio, uma palavra um disparador que pode ser gesto, olhar ou canção. Se se chama o direito penal para essa discussão estarão todos contidos ao final, inclusive a própria reforma.

Venturini é ferino e feliz na síntese de suas conclusões, pinço:

*Sou levado a pensar, no entanto, que em nossos serviços de saúde mental os erros, infelizmente, não parecem destinados a se reduzir. Os operadores, com demasiada freqüência, estão aprisionados em uma cultura tecnicista, de rendimentos, carente de raciocínio clínico, conforme um modelo de pensamento fundado em uma espécie de **teste de múltipla escolha**, que confunde os meios com os fins e se deixa esmagar sob o esquema redutivo do*

DSM-IV. Esse comportamento sacrifica qualquer criatividade crítica do pensamento, aumentando, em consequência, o risco de erro.

Uma última pergunta, de novo fazendo coro a Basaglia e Venturini: o que é a psiquiatria quando tem ao seu lado o direito penal? *Um trem de doido*, como dizem os mineiros.

Convém esquecer a bagagem do preconceito na estação de partida.
Bem-vindo a bordo e boa leitura!

APRESENTAÇÃO

A visão compartilhada por Ernesto Venturini, Domenico Casagrande e Lorenzo Toresini no livro “O crime louco” (Il folle reato) das questões da responsabilidade penal e cível de psiquiatra e outros profissionais que atendem pacientes que cometeram delitos é um instrumental teórico e documental que fundamenta reflexões e procedimentos profissionais mais seguros e humanizados. A análise de processos jurídicos ocorridos em território italiano, a partir de delitos cometidos por pacientes de instituições psiquiátricas, traz paralelos aplicáveis ao sistema judicial brasileiro. A obra é um rico referencial para análise, diálogos entre as instâncias envolvidas em planejamento, de forma a buscar procedimentos que nos eximam de situações similares. O tom humanista, cauteloso e sincero, norteia o trabalho dos autores italianos que, em um dos casos, participa dos procedimentos investigativos de um processo relatado.

Os autores demonstram a complexidade dos processos judiciais envolvendo o louco, enumerando e explicitando as posições de psiquiatras que tratavam os pacientes, peritos-psiquiatras que examinaram os diversos aspectos das ocorrências, de criminólogos, de magistrados, de advogados e outros atores de procedimentos relacionados. Em alguns casos pertinentes, a obra retrata os impactos nos indivíduos das comunidades onde aconteceram os crimes e as informações e opiniões veiculadas na mídia. Os diversos níveis e âmbitos de leitura dos fatos delituosos são analisados a partir do objeto da pesquisa que originou o livro, que é a “imputação ao psiquiatra encarregado do tratamento de concurso culposo no delito doloso cometido por seu paciente”.

Os quatro episódios apresentados e circunstanciados vêm com o suporte de dados e opiniões sobre os debates judiciais e as sentenças definitivas de cada caso. A influência da posição dos peritos nas sentenças dos juízes, o tipo e a qualidade dos diagnósticos apresentados pelos profissionais de psiquiatria que se encarregam de

perícias, a visão das patologias portadas pelos que cometem aos crimes, são alguns aspectos bem detalhados e documentados sobre os casos apresentados.

A previsibilidade das ocorrências criminosas se estabelece como cerne da análise e das motivações para o julgamento das ações dos profissionais que são colocados em condições de réu. Os históricos, prontuários e os contextos são os vetores para que se defina no processo judiciário, especialmente em relação à análise pericial, se era possível aos psiquiatras e outros integrantes dos corpos profissionais envolvidos nos casos prever ou não a possibilidade de ocorrência dos crimes relatados.

A responsabilidade da posição de garantidor, a eficiência neste papel, o cumprimento de requisitos terapêuticos, institucionais e burocráticos são arrolados e investigados de forma a atribuir responsabilização ou absolvição do profissional de saúde mental.

Outros temas eficientemente abordados no livro são as constatações de que o tratamento da loucura é possível, os efeitos transformadores da desinstitucionalização e a responsabilização do próprio paciente pelos seus atos delituosos. Estes assuntos não estão isolados na obra, mas permeiam a elaboração dos autores a partir de cada caso, com dados históricos sobre o processo de reforma e transformação prática das instituições psiquiátricas na Itália, além do contexto legal (jurídico) em que cada incidente ocorreu.

Os questionamentos acerca da legislação aplicada e dos procedimentos processuais são constantes e podem ser sintetizados numa dura constatação: “A criminologia italiana, de inspiração lombrosiana, desde o final do século XIX, sanciona qualquer ato criminoso como patológico; coloca como proeminente a individualização da periculosidade do mesmo ato em relação à sociedade; calibra a conseqüente sanção sobre o mecanismo de defesa da sociedade com o conseqüente controle do louco”.

As sentenças, nos casos apresentados, resultam para os pacientes em internação em manicômios judiciais, de forma a isolar perpetuamente

o sujeito. Mesmo nos casos em que a sentença não estabelecia que a internação fosse perpétua, na maioria dos casos apresentados a morte dos pacientes aconteceu nestes estabelecimentos. A possibilidade de cura, ou as condições para que esta ocorressem, não foram fatores preponderantes nas sentenças cumpridas.

A evolução do tratamento deste tipo de caso é evidente nas sentenças relativas ao caso Maria Letizia Michelazzi, mais recente, pois coloca em foco que “não é mais automático que, se alguém delinqüe e não é capaz de entender e querer, o médico que tivera mesmo que só um contato com ele responda pelo fato de não ter impedido o resultado”.

Nesta altura da obra, se consegue estabelecer e contestar que a periculosidade seja a consequência inevitável de uma patologia e que a prerrogativa de reconhecer os possíveis danos a outros seres humanos seja do profissional.

Finalmente, um dos méritos do livro é dar a vazão às versões dos próprios pacientes, à voz do “cidadão-louco-responsável por um crime”, instruindo para que esta seja ouvida nos processos judiciais e levada em conta para a elaboração e aplicação de sentenças.

“O crime louco” é um referencial para profissionais da saúde mental, juízes, estudantes e docentes de Medicina e Psicologia, familiares, legisladores e criminalistas. A linha evolutiva do cuidado ao louco infrator na Itália, assim como a visão do judiciário sobre os mesmos, pode nos ensinar muito sobre os avanços que ainda temos a realizar no Brasil em relação a este tema e à luta pelo fim do manicômio judiciário, sem dúvida, o pior do pior. É com muita satisfação que o Conselho Federal de Psicologia publica a tradução para o português desta bela obra, como um presente à sociedade pelos 50 anos da Psicologia como profissão regulamentada no Brasil.

Índice

Introdução	19
I. O problema	25
1. O incipit.....	25
2. O incidente.....	32
3. O concurso culposo no delito doloso.....	35
II. O incidente de Ímola	43
1. O fato (24 de maio de 2000).....	43
2. As perícias.....	91
3. As sentenças.....	116
4. O procedimento civil.....	138
III. O incidente de Gorizia	156
1. O fato (26 de setembro de 1968).....	156
2. As perícias psiquiátricas.....	161
3. As sentenças.....	184
4. Considerações sobre o incidente de Gorizia.....	188
IV. O primeiro incidente de Trieste	197
1. O fato (10 de junho de 1972).....	197
2. As sentenças.....	199
3. Considerações sobre o primeiro caso de Trieste.....	201
V. O segundo incidente de Trieste	208
1. O fato (29 de junho de 1977).....	208
2. A perícia.....	212
3. As sentenças.....	214
4. Considerações sobre o segundo caso de Trieste.....	217

VI. As questões	222
1. A perícia psiquiátrica.....	222
2. A violência em psiquiatria e a noção de periculosidade social	232
3. O nó górdio do hospital psiquiátrico judiciário.....	236
4. Responsabilidade civil e penal do médico.....	245
VII. Os documentos	257
1. Atestados de solidariedade a Franco Basaglia e Antonio Slavich.....	257
2. Perspectivas de reforma da imputabilidade e do correspondente tratamento sancionatório.....	282
VIII. Conclusões	296
1. As sentenças.....	296
2. O erro profissional.....	298
3. O incidente.....	302
4. A imputação de homicídio culposo em delito doloso e a posição de garantidor.....	304
5. Uma sentença discutível.....	308
6. A voz ausente.....	310
Bibliografia	315

“A flor da minha vida se desabrocharia de todos os lados,
se um vento cruel não tivesse murchado minhas pétalas
do lado que vocês olhavam da aldeia.

Da poeira levanto meu protesto:
meu lado em flor vocês não vêem!

Vocês, os vivos, são verdadeiramente tolos:
não conhecem os caminhos do vento
e as forças invisíveis
que governam os processos da vida.”

(da “Antologia de *Spoon River*, de Edgar Lee Masters)

Dedicado a

Alberto, Ateo, Caterina, Fabio, Giordano, Giovanni S.,
Giovanni M., Maria Letizia, Milena.

Introdução

Ernesto Venturini (*)

Os temas da violência na psiquiatria, da responsabilidade dos médicos e da imputabilidade do louco autor de crime constituem ponto complicado e complexo tanto no direito quanto na medicina. A matéria é objeto de vivos debates, e as sentenças judiciais evidenciam as incertezas com que esta é eventualmente enfrentada. Não obstante o amplo consenso que acompanhou a “revolução *basagliana*” na Itália, o nó do Hospital Psiquiátrico Judiciário desafia uma solução. E, se o tema da imputabilidade do louco e das medidas de segurança por periculosidade social ainda não encontrou uma formulação conforme o novo paradigma psiquiátrico, temos que convir que razões difíceis e não resolvidas estão na base dessa problemática.

Pensei que, confrontando a maneira com que foram enfrentados alguns emblemáticos episódios delituosos, no arco de quase quarenta anos, seria possível entender como a idéia da periculosidade do louco foi se modificando ao longo do tempo e especialmente qual tem sido o pensamento das instituições a que se delega a administração do crime: a magistratura, a psiquiatria, a psiquiatria forense. Selecionei quatro episódios ligados a algumas das experiências mais radicais de desinstitucionalização, pois nesse âmbito é possível verificar mais eficazmente se o desafio lançado à psiquiatria tradicional obteve seus resultados. Os quatro episódios dizem respeito a acusações feitas a psiquiatras de concurso culposo em delito doloso cometido por seus pacientes, desenvolvendo-se segundo uma sucessão cronológica que atravessa o iter da reforma psiquiátrica: no início do processo de desinstitucionalização (em 1968, em Gorizia); durante seu desenvolvimento (em 1971 e em 1977, em Trieste); e em época recente (em 2000, em Ímola). O episódio de Gorizia é apresentado por Domenico Casagrande, psiquiatra, colaborador de Franco Basaglia

(*) Ernesto Venturini <gof9013@iperbole.bologna.it>

à época do incidente. Casagrande enriquece a reconstrução com material inédito, com as perícias e sentenças do processo, algumas cartas e declarações de apoio endereçadas a Franco Basaglia. Por sua vez, Lorenzo Toresini, também psiquiatra, descreve dois funestos eventos ocorridos em Trieste durante o período de superação do hospital psiquiátrico, quando contribuía ativamente para o alcance de tal objetivo. Acusado em um dos casos, Toresini escreveu um precioso livro sobre o tema, “*La testa tagliata*”. Sobre o incidente de Ímola falo diretamente, valendo-me de rica documentação processual. À época dos fatos, eu estava ali investido no cargo de diretor do Departamento de Saúde Mental.

Francesco Maisto, presidente do *Tribunale di Sorveglianza*¹ de Bolonha, enfrenta, com especial competência e clareza, o tema da reforma da imputabilidade e do correspondente tratamento sancionador, tendo em conta as mais recentes propostas de modificação do Código Penal.

Perguntei-me se o confronto das sentenças concernentes aos quatro episódios revelaria coerência ou disparidade de juízos e, neste último caso, se estaríamos diante de uma evolução ou uma involução dos princípios da reforma psiquiátrica. Em todo caso, meu interesse é o de trazer à luz o papel desenvolvido pela psiquiatria forense na formulação do juízo penal e pesquisar os influxos que as transformadas condições político-sociais exercem sobre o pensamento jurídico. As sentenças e perícias serão examinadas, não para levantar críticas a técnicos e colegas, cuja correção e profissionalismo são reconhecidos, mas sim para tentar desenvolver, a partir do material produzido, leituras diversas das tradicionalmente sustentadas pelos especialistas e demonstrar o quanto a posição dos peritos acaba por influenciar as sentenças dos juízes. Trata-se de contrapor uma metodologia alternativa à que alguns psiquiatras

1 - [Nota à edição brasileira] *Tribunale di Sorveglianza* é o órgão judiciário que atua na execução penal.

forenses e criminólogos usam correntemente, fundada em uma visão da doença mental arcaica e reducionista. Sob esse aspecto, naturalmente, é digna de preocupante atenção a sentença da Corte de Cassação (IV Seção, 14/11/2007) concernente à condenação por “homicídio culposo” de um psiquiatra, em razão do delito doloso cometido por um paciente. Essa sentença parece representar uma exceção à jurisprudência tradicional. Segundo alguns, configuraria um verdadeiro ataque à lei da reforma psiquiátrica, pois estaria a reintroduzir, no agir psiquiátrico, a lógica da custódia em contraposição às exigências do tratamento. É oportuno, portanto, abrir espaço para uma reflexão aprofundada sobre o conceito de “posição de garantidor” em relação a terceiros, atribuída na sentença ao psiquiatra, embora também pareça oportuno reconsiderar a responsabilidade penal dos médicos, a periculosidade do paciente psiquiátrico e ainda a problemática mais abrangente da imputabilidade dos loucos. Estes temas são tratados no livro, no capítulo das “Questões”. Os que não têm familiaridade com a linguagem jurídica poderão achar enfadonha a leitura de alguns trechos em que são abundantes as referências a normas, leis e sentenças. Outros, ao contrário, poderão achar que tais referências estão incompletas; julgar que tenham sido tratadas de maneira diletante; torcer o nariz por conta de uma linguagem um tanto desenvolta. Ambos estarão certos, pois essa talvez seja uma consequência inevitável do confronto entre mundos diversos e linguagens especializadas, quando se procura dar respostas a problemas complexos. Em todo caso, é minha intenção privilegiar – como diria Maisto – o “*factum*” em relação ao “*dictum*”; dar relevância ao impacto que conceitos como “periculosidade social”, “(in)imputabilidade”, mas também “homicídio culposo” têm sobre o destino das pessoas; evidenciar a distância entre as fórmulas do direito e da psiquiatria e a realidade da vida.

Mas, outra motivação, mais complexa e de todo modo intrigante, também me levou a tratar desse tema. Especialmente nestes últimos anos, tem sempre me impressionado o modo como habitualmente se desenrolam no tempo alguns processos “midiáticos”, da fase das investigações até a sentença. Hoje, é comum constatarmos como a utilização de peritos, ao invés de esclarecer os fatos e conduzir a conclusões certas, tende ao efeito oposto: os acontecimentos se complicam e nos encontramos cada vez mais distantes da verdade. O paradoxo é que não se trata de um déficit de conhecimento, mas exatamente ao contrário: estamos diante de um excesso de verdade. Demasiadas verdades confundem – e atenção: não falo de falsas verdades ou verdades parciais; falo de verdades “verdadeiras”. Esta reflexão é particularmente evidente em uma das situações tratadas nesse livro, a que diz respeito ao “caso Ímola”. Meu interesse nesse caso, sem dúvida, deriva também de um envolvimento pessoal: sou parte no evento, na qualidade de diretor do Departamento de Saúde Mental de Ímola à época dos fatos. A desinstitucionalização desenvolvida em Ímola constitui parte relevante da minha vida, não apenas profissional. É também resultado de um processo de grande relevância científica e ética levado a efeito, com excepcional empenho e grande entusiasmo, por tantos operadores, médicos, enfermeiros e educadores. A maneira pela qual essa experiência foi descrita nos autos do processo não presta homenagem a essa “verdade”; outras “verdades”; sem dúvida respeitáveis, são colocadas em primeiro plano (e isso pode ser justo!), mas, afinal, corre-se o risco de que tais “verdades”, sem um contraditório, acabem por ser absolutizadas, gerando confusão e incerteza.

Quando, então, reflito sobre como os juízos dos peritos foram elaborados, me impressiona a relevância com que pequenos eventos ou pequenas faltas podem ter influenciado na reconstrução judiciária. Constato como matizes, omissões, interpretações feitas de ângulos diversos podem conduzir a considerações tão distantes umas das outras. De certo modo, volta a se colocar – e tenho certo pudor

em falar de tema tão complexo – o problema da investigação crítica em torno da estrutura lógica do conhecimento, a que os filósofos chamam de epistemologia. Sou fascinado por essa problemática, reconhecendo-me, no entanto, incompetente e diletante, ainda que o método de investigação, de reconstrução de eventos, de certo modo, devesse me ser familiar. O diagnóstico constitui efetivamente um dos momentos centrais da profissão médica. O médico deve interpretar os sinais; deve, como um “**detetive**”, seguir as pistas representadas pelos sintomas: ouvir, observar e chegar à conclusão diagnóstica. A discussão de casos – bem o sabem todos os que desenvolvem meu trabalho – funda-se na investigação, na formulação de hipóteses, na busca de “provas”, constituindo um dos momentos formativos centrais da profissão do psiquiatra. Representa uma espécie de conhecimento “infinito”, pois não há como pôr um fim ao conhecimento do comportamento humano: em cada discussão, há sempre algo de novo e original a ser descoberto, conforme as pessoas e a época em que o tema é tratado. Quando, então, esse momento é conduzido por um supervisor particularmente competente, experimentamos uma emocionante sensação de descoberta e “revelação”. Os tempos lentos e dilatados da análise permitem perceber as realidades das pessoas e das coisas, habitualmente escondidas. A certa altura, porém, surge um problema: poder examinar “a frio” um evento ou uma história; analisar cada particularidade com uma lente de aumento, deslocando o foco da atenção ora para frente, ora para trás, evidencia como aquilo que definimos como o real é tão somente uma das tantas, das infinitas possibilidades da existência. Se cristalizarmos os acontecimentos da vida na imobilidade da análise, os acontecimentos acabarão por adquirir uma profundidade epifânica, feita de méritos infinitos, mas também de infinitos erros. O suceder natural dos eventos, de todo modo, esconde ou resolve os erros, enquanto uma análise parcelada, fora do tempo, pode, impiedosamente, revelar-nos todos os nossos erros, mesmo aqueles de que não temos consciência. É por essa razão que as organizações fundadas no elemento humano, como

a organização de tratamento e assistência ao doente, sempre se caracterizam por sua extrema relatividade e por serem meramente opinativas. Eis porque as análises desse livro são assimiláveis a uma espécie de discussão de casos, procurando corresponder ao dever primário da profissão médica: compartilhar a própria experiência do erro, para evitar que o erro se reproduza.

Ainda uma última consideração. No caso de um processo judiciário por crime de um louco, estão envolvidos níveis e âmbitos de leitura dos fatos delituosos diversos entre si, complicando um juízo completivo: além da ótica dos psiquiatras, têm-se a dos peritos-psiquiatras, a dos criminólogos, a dos magistrados e ainda a dos advogados. Aparentemente símiles tais óticas, porém, subentendem metodologias e fins diversos. Enquanto a ótica do clínico, por exemplo, interessa-se pelo erro humano ou organizacional, a ótica do jurista busca a culpa do indivíduo ou dos indivíduos. Enquanto na psiquiatria clínica – e na própria psiquiatria “libertada” pela lei da reforma – propõe-se substancialmente o interesse do paciente, na psiquiatria tradicional, que infelizmente volta a campo com toda força em razão do descumprimento das missões dos políticos e do hoje tão difuso sentimento de insegurança da sociedade, repropõe o interesse de terceiros, as necessidades dos “normais” em detrimento das necessidades dos diferentes, assim repondo o controle social dos loucos. Em essência, recoloca-se, mais uma vez, a indagação que Franco Basaglia fazia a si mesmo e a nós em 1967, indagação que parecia resolvida e que, no entanto, ainda permanece em aberto: o que é a psiquiatria?

I. O problema

Ernesto Venturini

1. O incipit

“Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão, desejando revelar os motivos que me levaram a essa ação, escrevi sobre toda a vida em comum de meu pai e minha mãe durante seu casamento...”

A voz do jovem comissário, inicialmente incerta e velada, cresce em segurança à medida que prossegue na leitura do trecho que lhe foi designado. O incipit da memória de Pierre Rivière obtém o resultado que eu esperava: há um silêncio profundo na sala de aula da Universidade; percebe-se uma tensão envolvente. Costumo concluir meu curso no mestrado de Criminologia e Psiquiatria Forense com essa leitura, extraída do célebre livro de Michel Foucault: *“... direi como resolvi cometer esse crime, o que estava pensando na ocasião e qual era minha intenção; falarei também sobre a vida que levava; falarei sobre o que me passou pela cabeça depois dessa ação, a vida que levei e os lugares onde estive depois do crime até minha prisão, e quais foram as resoluções que tomei. Todo esse trabalho será lavrado grosseiramente, pois mal sei ler e escrever; mas, para que se compreenda o que quero dizer – é isso que peço – redigirei tudo da melhor forma que puder...”*

Preparei cinco cópias datilografadas e distribuí os papéis: além de Pierre, há a voz do narrador, o doutor Bouchard e o doutor Vastel e, finalmente, o prof. Esquirol. Nossos atores se revezam na leitura: *“... Em tenra idade, isto é, por volta dos sete ou oito anos, - prossegue Pierre Rivière em suas memórias – tive uma grande devoção. Punha-me à parte para rezar a deus; pensava em ser padre e meu pai dizia que faria com que eu chegasse lá. Mais tarde, mudei de idéia; pensava em ser como os outros. No entanto, tinha minhas particularidades. Meus colegas de escola percebiam e zombavam de mim; eu atribuía seu desprezo a alguma estupidez que eu tivesse*

feito inicialmente e que eu supunha tivesse me desacreditado para sempre... Àquela época, e mesmo antes, eu estava tomado por idéias de grandeza e imortalidade, me julgava muito superior aos outros – e, até hoje, tive vergonha de dizê-lo – pensava que me elevaria muito além do meu estado... Malgrado esses desejos de glória, amava muito meu pai, suas desgraças me tocavam profundamente. O abatimento em que o vi imerso nos últimos tempos, sua tristeza, as dores constantes que sofria; tudo isso me tocou vivamente...”

Na primeira parte do curso, durante o sempre apaixonado debate que acompanha o tema da periculosidade social do doente mental, não pude deixar de pensar a quem atribuir os papéis. Os inscritos no mestrado formam uma amostra bastante heterogênea: há advogados, psiquiatras forenses, mas também funcionários públicos, assistentes sociais, jornalistas. Não é fácil estabelecer uma linguagem comum. De todo modo, nenhum dos presentes conhecia esse livro. Procurei, então, sintetizar, através dessa representação, o extraordinário estudo de Foucault. Em torno desse caso de parricídio, ele descreveu a estratégia dos aparatos estatais e científicos franceses que inspiraria a reforma legislativa de 1838, a primeira lei sobre psiquiatria de um Estado europeu, lei promulgada três anos depois do evento descrito no livro. “... *Tratava-se de um processo, – explica o próprio Foucault – de um acontecimento em torno ao qual e a propósito do qual vieram a se cruzar discursos de origens, de formas e de funções diversas: o discurso do juiz de paz, do procurador, do presidente do tribunal, do ministro da Justiça; o discurso do médico da aldeia, o de seus habitantes com o prefeito e o pároco e finalmente o discurso do homicida... Creio – prossegue Foucault – que se decidirmos publicar esses documentos será para fazer emergir, de alguma forma, o plano dessas lutas diversas, recuperar esses choques e essas batalhas... Documentos como os do processo Rivière podem permitir a análise da formação e do jogo de um saber (como a medicina, a psiquiatria, a psicopatologia) em suas relações com determinadas instituições e os papéis ali estabelecidos (como a instituição judiciária com*

o perito, o acusado, o louco criminoso, etc.). Permitem decifrar as relações de poder, de domínio e de luta, no interior das quais os discursos se estabelecem e operam; permitem, portanto, uma análise do discurso (e também dos discursos científicos) que esteja ligada ao acontecimento e seja, ao mesmo tempo, política e, assim, estratégica. Ali se pode enfim encontrar o poder perturbador próprio de um discurso como o de Rivière e o conjunto das táticas pelas quais se procura encobri-lo, inseri-lo e qualificá-lo como discurso de um louco ou de um criminoso...”

Meus improvisados atores nos levam para dentro da atmosfera do tribunal de Caen. A assistente social que personifica o doutor Bouchard, membro da Academia Real de Medicina de Paris, está concluindo seu depoimento pericial diante dos jurados: *“Dotado de um temperamento bilioso e melancólico, testemunha frequente das brigas de seus pais, Rivière se ressentiu profundamente com as desventuras de seu pai...Em sua solidão, concebeu a idéia do crime; em sua solidão, retemperou suas forças antes de levantar sobre sua mãe sua mão parricida. Pierre Rivière não é monomaníaco, pois não delira sobre um só e único objeto; não é maníaco, pois não se acha em estado habitual de agitação; não é idiota, pois escreveu Memórias plenas de sentido; enfim, não é demente, como é fácil constatar. Portanto, Pierre Rivière não é louco!”*. A jovem assistente olha para os colegas de curso à frente dela, dispostos em um semicírculo: o parecer, que acabara de expor, expressa o nível de uma ciência psiquiátrica incapaz de entender o louco, abandonando-o à instância repressiva da justiça e assim condenando-o à guilhotina. Agora, é a vez do doutor Vastel: *“... À luz de diversos documentos e pelo que eu mesmo pude observar, logo adquiri a plena e profunda convicção de que a mente de Rivière não era sã, e o ato que, aos olhos do Ministério Público, constituía um crime horrendo não passava de resultado de uma verdadeira alienação mental...As razões que determinaram minha convicção e que serviram de base a meu juízo foram extraídas do aspecto*

exterior, dos modos de Rivière, de sua origem e de seu parentesco, do estado de suas faculdades mentais desde a infância, da própria natureza do ato cometido e das circunstâncias que o cercaram...A sociedade tem o direito de pedir, não a punição desse infeliz, pois sem liberdade moral não se pode ser culpável, mas sim sua internação com base em um provimento administrativo, como único meio de garantir-se contra ulteriores ações desse alienado.” Seu parecer contradiz as conclusões do colega, mas usa uma semiologia psiquiátrica e uma linguagem um tanto primitiva; não consegue, de modo convincente, circunscrever ao âmbito médico a problemática dos loucos criminosos.

O jovem advogado, que representa a voz do narrador, descreve, imediatamente após, a peroração plena de convicção do advogado de defesa, descreve a incerteza e a expectativa da população de Aunay, descreve o desconcerto diante do veredicto de culpa de Pierre Rivière e sua condenação à guilhotina. O crime, em sua atrocidade, decididamente parece obra de um louco, mas os escritos de Pierre Rivière confundiram tudo. As Memórias não são obra de um monstro; ao contrário, revelam extraordinária sensibilidade e lucidez. Exatamente por isso, paradoxalmente, torna-se inaceitável a idéia da guilhotina. Mesmo entre nosso público de estudantes, há certo desconcerto; um ou outro interrompe a leitura, muitos julgam a sentença equivocada, quem não fala se põe de pé nervosamente. Com efeito, os próprios jurados do Tribunal de Caen tentam se resguardar; formulando ao rei uma demanda de comutação da pena. *“Agora, cabe a você intervir”* – encorajo a jovem guarda carcerária que está prestes a ler o parecer dos grandes especialistas parisienses – *“Lembre-se de que você é Esquirol: célebre professor da Faculdade de Medicina de Paris, presidente de uma comissão de luminares, dentre os quais o próprio médico pessoal do rei!”*. Sempre fico impressionado com a capacidade de quem sabe “entrar dentro” dos acontecimentos e viver na pele de outrem. Diante de meus olhos, está o próprio Esquirol, expressão maior da conjunção entre o saber e o poder psiquiátricos.

Sua análise, suas palavras darão força e credibilidade à demanda de comutação da pena, incorporando Rivière ao novo aparato psiquiátrico-judiciário que vai se constituindo no quadro da reforma legislativa: *“...Considerando que Pierre Rivière sempre buscou a solidão, que com frequência foi visto a falar sozinho e se entreter com interlocutores invisíveis... Considerando que o supracitado Pierre Rivière provém de uma família na qual se contam muitos loucos...Considerando que os motivos que levaram Pierre Rivière a matar a mãe, a irmã e o irmão, quais sejam o de libertar seu pai dos sofrimentos domésticos e se Ímolar como Jesus Cristo pela salvação dos homens, indicam a falta de juízo...Considerando que o relatório sobre sua vida, escrito pelo próprio Pierre Rivière, revela uma aberração profunda e constante de suas faculdades intelectivas e seus sentimentos morais; que a integridade de sua memória e a concatenação das idéias de que faz prova tal relatório não exclui a alienação mental, sendo encontrada com frequência em relatórios de maníacos ou monomaníacos que escrevem a história de sua doença...Aprovando as conclusões enunciadas no parecer de Vastel, sou de opinião e declaro: que, desde a idade de quatro anos, Pierre Rivière não deixou de dar sinais de alienação mental; que sua alienação mental persistiu, embora menos intensa, depois dos homicídios cometidos; que tais homicídios devem ser atribuídos unicamente ao delírio”.*

Agora, se restabeleceu a ordem e o momentâneo desconcerto desapareceu: percebeu-se que existe um saber, existem pessoas especiais, aparatos, que sabem como interpretar o delírio e como se comportar diante do louco criminoso. O que há de mais inatural do que um parricídio ou o assassinato dos próprios filhos! Só se pode aceitar tal gesto se existe uma grave alteração da consciência ou se eventos contingentes explicam sua dinâmica, mas se nos encontramos diante de um raciocínio “lúcido”, como no caso de Pierre Rivière, então nos vemos diante de um abismo – o abismo da loucura – que não somos capazes de compreender e tolerar. É tão alentador saber que existe

alguém que possa subtrair o louco da repressão da justiça, alguém que possa demarcar a linha que nos separa daquela monstruosidade, alguém com um poder especial, originado de um saber especial, e que saiba adotar medidas protetivas para ele e para nós!

Até nossos estudantes parecem serenados, mas...mas, Pierre Rivière decidiu driblar-nos de novo, como já fizera anteriormente com suas esplêndidas e emocionantes memórias. Com efeito, nosso jovem advogado ainda tem algumas páginas a serem lidas: *“...Transcrição de extratos das sentenças do júízo: por sentença do Tribunal de Calvados, na data de 12 de novembro de 1836, o já mencionado Jean-Pierre Rivière, com vinte e um anos de idade, nascido em Courvaudon, residente na aldeia de Faucterie, profissão agricultor, declarado culpado de parricídio, foi condenado à pena de morte, mas, por carta de graça datada de 10 de fevereiro de 1836, Sua Majestade concedeu a graça ao dito Rivière, comutando a pena de morte em prisão perpétua. O supramencionado começou a cumprir a pena em 10 de fevereiro de 1836, dia da comutação...Causas e data de saída: o supracitado Jean-Pierre Rivière morreu em 20 de outubro de 1840, à uma e meia da manhã.”* Uma breve pausa, e nosso advogado retoma a leitura: *“Do jornal ‘Pilote du Calvados’, de 22 de outubro de 1840: Rivière, condenado há alguns anos atrás como parricida e fraticida, cuja punição fora comutada em pena de prisão perpétua por ter seu crime características de alienação mental, se enforcou na prisão de Beaulieu. Há algum tempo vinham se notando nele inequívocos sinais de loucura; Rivière acreditava estar morto e não queria ter quaisquer cuidados com seu corpo; acrescentava que queria que cortassem seu pescoço, o que não lhe causaria nenhum mal, pois já estava morto; e ameaçava matar a todos se seu desejo não fosse satisfeito. Esta ameaça fez com que fosse separado dos demais detentos, tendo ele se aproveitado desse isolamento para se suicidar. A imprensa, que, nas discussões travadas à época da condenação desse infeliz, sem dúvida influenciou de alguma maneira a comutação da pena, se apressa*

em citar o tipo de morte, que confirmaria plenamente sua opinião sobre o estado mental de Rivière”.

Na sala de aula, as luzes foram acesas; o clarão da neblina do lado de fora é filtrado pelos vidros embaçados das janelas. A solução dos sãos foi contestada pelo louco; Pierre Rivière quis se manter coerente com sua loucura, ou melhor, quis simplesmente ser coerente consigo mesmo. Ser julgado louco não afastara seu senso de culpa e sua necessidade de expiação; ao contrário, aprisionava-o em um destino que negava sentido àquilo que fizera, àquilo que fora. O que as perícias colocaram em jogo dizia respeito à atuação de um novo aparato médico-jurídico para gestão do louco criminoso, dizia respeito à definição de um novo poder de controle social. Mas, o que foi colocado em jogo dizia respeito também ao destino de um homem, o destino que Pierre Rivière, em um ato extremo (outro ato extremo!), reivindicou para si...

Os atores trocam impressões, muitos alunos se retardam pela sala, manifestando a necessidade de expressar sua emoção, um ou outro me pede as referências para comprar o livro. A aula acabou; o que, no entanto, não acabou e permanece em aberto é o problema de nossa incapacidade de entender, de ajudar pessoas como Pierre Rivière...

“...Me disseram para botar todas essas coisas no papel, e eu o fiz; agora, que mostrei toda minha monstruosidade, e que todas as explicações de meu crime foram dadas, espero a sorte que me está destinada, conheço o artigo do código penal correspondente ao parricídio, aceito-o como expiação de minhas culpas; ai de mim, se eu ainda pudesse ver revividas as desafortunadas vítimas de minha crueldade, se para isso bastasse suportar todos os suplícios possíveis; mas não, é inútil, posso apenas segui-las; assim, espero a pena que mereço, e o dia que porá fim a todos os meus ressentimentos. Fim”.

2. O incidente

Ao final de *“Istituzione negata”*, surgem dois importantes apêndices: *“Il problema della gestione”*, escrito por Franco Basaglia, e *“Il problema dell’incidente”*, em coautoria com Franca Ongaro Basaglia. Por que será que essas reflexões vêm exatamente ao fim do livro, apresentadas de forma tão especial, quase como um “complemento” do que fora expresso anteriormente?

O problema da gestão – explicam os Basaglia – coloca-se porque a realidade institucional, ainda que negada, *“há de sobreviver para prosseguir testemunhando a necessidade e a urgência de uma negação da realidade atual, em todos os níveis”*. Quanto ao problema do incidente e de seu significado em uma realidade subvertida, *“um passo em falso ou um erro podem confirmar – aos olhos da opinião pública – a impossibilidade de uma ação que revele abertamente suas falhas e suas incertezas, enquanto qualquer outra realidade institucional trata de escondê-las, cada uma delas sob sua própria ideologia”*.

Os dois artigos refletem uma fase especial, vivida com a experiência de Gorizia, à época da publicação do livro: um paciente em saída livre matou a própria esposa. Franco Basaglia e Antonio Slavich são responsabilizados por concurso culposo em delito doloso. É o exemplo emblemático do incidente temido. A dramaticidade do luto e do sofrimento se faz acompanhar da instrumentalização do acontecimento: diante do ataque frontal por parte das forças contrárias ao processo de transformação institucional, há o risco de desmoronamento de toda a experiência.

Mas, esse texto sobre o incidente pretende ir mais além do contingente, pondo-se o objetivo de corrigir uma fácil e equivocada leitura do processo de negação institucional. Uma advertência vem substancialmente expressa: atenção a todo desequilíbrio fácil em relação a visões ingênuas e maniqueístas da realidade. O paciente, em si mesmo, não é nem perigoso, nem imune à violência. Seu comportamento se determina não tanto por sua patologia, mas pelo

acúmulo de contradições do contexto e, sobretudo, pela maneira com que vem administrada a doença. O tratamento do paciente deve, portanto, assumir também essas contradições e tentar resolvê-las. Como sempre, os Basaglia subvertem os estereótipos dos enfoques tradicionais, fazendo uma leitura à contramão da violência e da periculosidade tradicionalmente ligadas à idéia de doença mental. A periculosidade não reside na especificidade do diagnóstico, dependendo sim da falta de respostas às necessidades das pessoas. Com lúcida intuição, os Basaglia deslocam as fronteiras dessa contradição para além da instituição manicomial, que, naquele momento, poderia ser facilmente erigida em única e irracional matriz da violência.

O incidente em psiquiatria é um evento atribuível à fisiológica probabilidade de erro ínsito em qualquer acontecimento natural, mais especificamente naqueles altamente prováveis, como no âmbito da medicina, que se coloca na área fronteira entre a vida e a morte. Mas, o incidente em psiquiatria é também – e principalmente – um produto da rejeição às necessidades de tratamento e às lógicas de injustiça social. Com efeito, no interior da instituição manicomial a profecia da violência acaba por se autorrealizar, pois tudo conspira para sua realização; a organização institucional é como uma alucinante armadilha sem escapatória. Todavia, a luta contra o manicômio não se esgota na eliminação da estrutura, pois também do lado de fora persiste (seria melhor dizer preexiste, na medida em que precede o sistema manicomial) a lógica da exclusão e da manipulação. Essa lógica produz violência; ela mesma é violenta, tendo a capacidade de se esconder nas dobras do poder, sabendo manipular seus efeitos e conseguindo estimular e acentuar a reação violenta da vítima.

Essas considerações, naturalmente, não representam uma tentativa de justificação em relação a qualquer tipo de violência empregada por pacientes psiquiátricos; ao contrário, pretendem ressaltar a necessidade de cada um sempre se manter responsável por seus próprios gestos; pretendem remarcar, além disso, a necessidade de

todos nós compreendermos as razões da violência, prevenindo-a e lutando contra os pressupostos sobre os quais se funda.

Mas, a palavra “incidente” pode, nesses casos, parecer um eufemismo – e talvez o seja – por esconder a palavra homicídio. Atrás dessa palavra, estão as mortes de uma mulher, de dois velhos genitores, de um homem jovem, e até a de uma criança. Diante dessas mortes, experimentam-se perdas e comoções sinceras. São vítimas inocentes! Como inocentes são seus assassinos, com vidas feitas de tanto, demasiado sofrimento, destinados a morrer da mesma forma dramática no Hospital Judiciário. E há os médicos, que certamente não desejavam aquelas mortes, que voluntariamente optaram por se situar naquela fronteira dolorosa entre a vida e a morte; pessoas que obtiveram êxitos e ofereceram conforto, mas que, sempre que não o conseguiram, sofreram feridas profundas. É possível se acostumar com a morte? E há os familiares, para quem nada jamais poderá compensar aquela ausência. Finalmente, por trás daquela palavra, estão os que são chamados a decidir sobre a vida das pessoas, fazendo-o através de um ritual composto de fórmulas, números, parágrafos destinados a tornar menos pesadas suas palavras, pois quem julga será julgado!

3. O concurso culposo no delito doloso

Objeto dessa pesquisa, como antecipado, é a imputação ao psiquiatra encarregado do tratamento de concurso culposo no delito doloso cometido por seu paciente. Nesse livro, são examinados quatro episódios que dizem respeito a tal situação, apresentando-se as circunstâncias dos fatos, a maneira como se desenvolveram os debates judiciais e as sentenças definitivas. Preliminarmente, porém, parece-me oportuno retomar um breve exame da jurisprudência italiana sobre o tema.

Existem fundamentalmente duas teses: uma negando a admissibilidade (tese negativa) de concurso culposo em delito doloso; e outra que, ao contrário, julga-o possível (tese positiva).

A orientação que nega a admissibilidade se refere à sentença no 9542 da Corte de Cassação Penal, Seção IV, proferida em 11/10/1996.

Na sentença são mencionados dois artigos do Código Penal:

- art. 42, parágrafo 2º CP, segundo o qual a punibilidade a título de culpa só é reconhecível nos casos expressamente previstos em lei;

- art. 113 CP, segundo o qual a coparticipação culposa só é reconhecível em caso de delito culposo.

Da leitura conjugada desses dois artigos se concluiria que “o concurso culposo não é configurável em relação ao delito doloso, o art. 42, parágrafo 2º CP requerendo expressa previsão, que, no caso, se faz ausente, enquanto o art. 113 CP fala em cooperação culposa no delito, assim contemplando tão somente o concurso culposo no delito culposo”. A jurisprudência vem seguidamente confirmando essa orientação.

Uma das sentenças mais importantes é a de no. 2059 da Corte de Cassação Penal, Seção IV, de 1/12/1986. A sentença parte da imputação feita a dois psiquiatras acusados de homicídio culposo em cooperação no delito doloso. Os médicos foram acusados, com base nos arts. 113 e 589 (este posteriormente modificado pelo art.1º

da Lei 296 de 11/5/96), parágrafos 1º e 3º CP, de ter deixado de internar uma paciente psiquiátrica que, depois de alguns dias, causou a morte do filho. A sentença de primeiro grau do Tribunal de Trieste, proferida em 18/11/1980, absolvera os médicos plenamente (o fato não constituía crime), enquanto a Corte de Apelação de Trieste, em pronunciamento de 7/12/1982, proclamara uma absolvição por dúvida; finalmente, a Corte de Cassação, em 1/12/1986, confirmou a absolvição por dúvida, asseverando que não se tratava de concurso culposo em delito doloso, mas de mero nexo de causalidade: *“...não se pode qualificar a morte da criança como delito doloso, devendo-se sim considerar o que essa de fato foi: um puro e simples ‘fato jurídico’, isto é, um acontecimento modificativo da realidade com consequências jurídicas, mas não enquadrável no conceito de ‘crime’ por absoluta ausência do elemento essencial da vontade... Portanto, a questão deve ser posta exclusivamente no plano do nexo de causalidade [entre a conduta omissiva ou presumidamente tal, de uma parte e o delito cometido, de outra]”*.

Também tem certa relevância a sentença da Corte de Cassação que anulou a sentença da Corte de Apelação de Perugia. A Corte de Apelação de Perugia, em 9/11/1984 (presidente o Juiz Temperini), declarou que: *“...Responde por homicídio culposo o médico responsável por serviço de saúde mental que, malgrado explícita reivindicação dos familiares, deixou de propor tratamento sanitário obrigatório em regime de internação hospitalar, abstendo-se ainda de prescrever medidas terapêuticas alternativas idôneas em relação a um esquizofrênico que, dois dias depois, se fez responsável por um esfaqueamento letal, vitimando sua mãe”*. O juiz, nesse caso, entendeu que recai sobre o psiquiatra a posição de garantia e controle, o que significa que a omissão de intervenções voltadas a impedir danos à pessoa provocados por comportamentos do doente equivale à causação do resultado danoso. Mas, a Corte de Cassação (Cass. Pen. S. IV de 5 de maio de 1987) substituiu a sentença pronunciada em

apelação, sustentando a ausência do nexo de causalidade entre a omissão de atendimento ao pedido de TSO² e o evento homicídio (praticado pelo doente mental), observando que do pedido do primeiro médico à ratificação do segundo e ao decreto do prefeito muito se passara para permitir a conclusão, no juízo hipotético, de que o atendimento ao pedido de TSO teria, com probabilidade vizinha à certeza, impedido o resultado. A Suprema Corte assim motivou sua sentença: *“A internação forçada de enfermos mentais deve ser remédio extremo, de caráter temporário, enquanto, por outra parte, não podem ser atribuídas ao médico do centro de saúde mental tarefas policiais eventualmente necessárias diante de ações do doente mental, daí resultando que não pode ser tido como responsável pelo crime do art. 328 (‘recusa de atos de ofício’) o médico do centro que tenha se omitido em promover internação destinada a afastar uma continuada situação familiar de genérica periculosidade”. Importante a seguinte consideração: “Admitindo-se que o dever de impedir danos a terceiros provocados por ações perigosas do paciente possa ser extraído de uma genérica posição de garantidor do psiquiatra...logo se conclui que seriam atribuíveis à sua responsabilidade omissiva culposa somente os eventos que, ‘ex ante’, aparecessem como previsíveis e evitáveis, com base na situação concreta”.*

Mas, o problema que mais frequentemente se apresenta nas sentenças não é o do concurso culposo no delito doloso, e sim, naturalmente, a hipótese de homicídio culposo diante de suicídio do paciente. Digo “naturalmente” por considerar que a ocorrência de suicídios infelizmente constitui evento estatisticamente significativo nas depressões e, em consequência, naturalmente (mas, dessa vez, com amarga ironia!), o psiquiatra que trata do paciente é chamado a responder por sua morte. Tratarei desse tema no capítulo da responsabilidade civil e penal do médico.

2 - [Nota à edição brasileira] TSO é a sigla para Tratamento Sanitário Obrigatório.

Em geral, constata-se certa incerteza jurisprudencial em torno do problema da custódia. As sentenças da Corte de Cassação, além daquela primeira já mencionada, só enfrentam incidentalmente o problema relativo à posição de garantidor e seu conteúdo. Não está claro se essa posição deve estar voltada para o tratamento do paciente, com base nas normas vigentes, ou se deve estar voltada também para a custódia, como quer parte da doutrina da medicina legal, que argumenta com dados de necessidade. Alguns médicos legistas pretendem que os “poderes” do médico em relação ao paciente sejam legitimados exatamente pela permanência a cargo do psiquiatra do dever de custódia. Ao dizer deles, as alterações psíquicas, referidas no art. 34 da Lei 833, coincidiriam com a periculosidade voltada contra si mesmo. Sem dúvida, permanece difícil separar a periculosidade voltada contra si mesmo daquela voltada contra terceiros que, no entanto, está excluída dos pressupostos de ativação dos procedimentos do TSO. O requisito da periculosidade (seja para si mesmo, seja para terceiros), até pela indeterminação que o caracteriza, não basta, por si só, para se julgar legitimamente válidos os procedimentos para o TSO. Com efeito, o requisito primário para dar início a um TSO se funda na exigência de melhora da saúde da pessoa tratada e não em outras considerações. Quanto ao mérito do problema da previsibilidade do resultado, demonstrou-se, na maior parte dos casos, que era impossível prever, *ex ante*, o tipo particular de comportamento futuro que acabou por resultar no crime. Mas, mesmo que se estivesse diante de um paciente psiquiátrico que expressasse propósitos agressivos, suscetíveis de serem postos em prática logo depois, a situação teria a ver com um problema de ordem pública e o psiquiatra deveria, no máximo (como qualquer outro cidadão), procurar alertar os organismos a quem se delega o uso da força (polícia, etc.).

Mas, voltando ao tema do concurso culposo em delito doloso, a tese negativa, que faz referência à sentença no 9542 da Corte

de Cassação Penal, seção IV, prolatada em 11 de outubro de 1996, é logo invertida pela própria Corte de Cassação, quando explicitamente afirma que *“o concurso culposo é configurável também em relação ao delito doloso, não o impedindo a previsão do art. 42, parágrafo II CP que, referindo-se apenas à parte especial do Código, não diz respeito às disposições dos arts. 110 e 113 CP”* (Cass. Pen., s. IV, 9 de outubro de 2002, no 39680). Trata-se de episódio em que foi afirmada a responsabilidade a título de culpa de um sujeito que, pelo estado de abandono e negligente desleixo em que mantinha um depósito de borracha, contribuíra para criar condições para que se verificasse um incêndio posteriormente ateado por desconhecidos. A tal sentença coliga-se a sentença no 1984/2005, proferida em 25/11/05 pelo juiz da Audiência Preliminar do Tribunal de Bolonha.

Mas, sem dúvida, é a sentença no 10795 da Corte de Cassação Penal, Seção IV, de 11/3/2008, que parece trazer uma reviravolta decisiva no tema. A sentença estabelece que:

- o art. 113 não exclui o concurso culposo em delito doloso, sendo o dolo algo a mais, mas não estruturalmente diverso da culpa.

-o art. 42 diz respeito apenas à previsão das normas incriminadoras individualmente consideradas, e não à disciplina das regras sobre concurso (arts. 110 e 113 CP). O concurso culposo no delito doloso é configurável quando a conduta culposa concorra com a dolosa na causação (nexo causal) do resultado.

Naturalmente, a sentença é motivada por um caso específico, mas parece querer afirmar alguns princípios gerais de certa relevância. A sentença discute alguns temas gerais: o concurso culposo no delito doloso; a posição de garantidor; a previsibilidade do resultado; o princípio da confiança e o dever de informação do médico; o tratamento do paciente psiquiátrico e o Tratamento Sanitário Obrigatório.

Sobre o concurso culposo no delito doloso esta sentença estatui

que, para se verificar a subsistência de uma culpa causalmente eficiente, é preciso verificar a finalidade da regra de cuidado violada pelo agente (*“Se a regra de cuidado se dirige também à tutela de terceiros contra a agressão dolosa a seus bens, é a tutela finalística destes que torna configurável a participação do agente atuando culposamente”*). O que se deve estabelecer concretamente é o resultado que a norma quer evitar. Se a conduta do agente cria a oportunidade para que o terceiro realize o ato doloso, a responsabilidade culposa do primeiro agente ocorre quando este é titular de uma posição de garantidor ou de um dever de tutela ou proteção, e quando o ato doloso do terceiro seja previsível. Com relação à posição de garantidor, a sentença afirma que *“O respeito aos princípios da taxatividade e determinação exige que o círculo dos titulares do dever de garantia seja determinado subjetivamente e que os deveres sejam objetivamente determinados, com exclusão de deveres morais”*. É preciso, pois, que os titulares da posição de garantidor estejam dotados de poderes (direta ou indiretamente) impeditivos dos resultados danosos.

Em geral, a posição de garantidor pode ter uma fonte normativa de direito público, uma fonte normativa de direito privado, podendo ainda se originar de uma situação de fato ou de um ato de determinação voluntária.

É comum distinguirem-se duas categorias de posição de garantidor: a de proteção, que impõe o dever de preservar o bem protegido de todos os riscos que possam atingir sua integridade (pais), e a de controle, que impõe o dever de neutralizar eventuais fontes de perigo (exercício de atividades perigosas).

Mas, a posição de garantidor do médico somente pode derivar da instauração da relação terapêutica entre paciente e profissional da saúde. Tal relação pode surgir de um contrato ou com base na normativa pública de tutela da saúde (internação em hospital ou em estruturas protegidas). Nesses casos, o médico,

independentemente do consentimento do paciente, tem um dever jurídico de impedir o resultado danoso.

Outro tema de relevância conceitual, enfrentado pela sentença da Corte de Cassação, diz respeito à previsibilidade do resultado. A previsibilidade, referindo-se a um elemento subjetivo, deve ser determinada ex ante, com base no princípio de que não se pode atribuir ao agente a falta de previsão de um resultado que não poderia prever, a partir dos conhecimentos que tinha ou deveria ter. O fundamento da previsibilidade, sob o aspecto subjetivo, reside na necessidade de evitar formas de responsabilidade objetiva: não basta que o agente tenha atuado com violação a uma regra de cuidado, sendo necessário que tenha previsto que tal violação teria como consequência a verificação do resultado. Somente se o perigo de ocorrência do resultado danoso for previsível ou reconhecível, o agente estará obrigado a respeitar aquelas específicas regras de cuidado, aptas a evitar o fato danoso.

A Corte de Cassação debateu o conceito de previsibilidade, acentuando que alguns autores preferem falar de possibilidade de representação: *“este termo é mais compreensivo, podendo se referir não apenas a acontecimentos futuros, mas também a acontecimentos concomitantes ou até mesmo anteriores à ação do sujeito”*. Outros falam de possibilidade de reconhecimento: *“a culpa resulta configurável quando a situação concreta se caracterize pela presença de elementos jurídicos e fáticos que, em correlação com as próprias leis científicas e os conhecimentos empíricos utilizados pelo juiz para os fins de imputação do resultado, teriam permitido que o agente representasse a concreta realização do fato previsto em lei como crime culposo”*.

A Corte de Cassação enfrentou em seguida o princípio da confiança e o dever do médico de informação. Nesse caso, estatuiu que: *“Cada um responde pelas consequências da própria conduta, comissiva ou omissiva, e no âmbito dos próprios conhecimentos e especializações; não responde, no entanto, por eventual violação*

das regras de cuidado por parte de outros partícipes da mesma atividade ou que atuem no mesmo âmbito de atividade (a não ser que lhe seja atribuída uma função de controle das ações alheias); em relação ao respeito a essas regras por parte dessas pessoas, o agente deve poder confiar (princípio da confiança)”. Somente na hipótese em que o agente se dê conta da violação das regras (ou suspeite de uma violação da diligência), terá o dever de agir. O médico, em especial, tem o dever de buscar com o paciente (ou, se isso não for possível, com outras fontes confiáveis) todas as informações necessárias à correta execução do tratamento praticado.

O último tema examinado na sentença diz respeito ao tratamento do paciente psiquiátrico e o Tratamento Sanitário Obrigatório. A Corte de Cassação ressalta o alto valor da Lei 180³, que conferiu dignidade aos pacientes psiquiátricos e limitou o TSO unicamente a casos de necessidade, de acordo com a perspectiva de tratamento e o respeito à pessoa. *“Quando a situação do paciente é capaz de se degenerar – inclusive com atos de auto ou heteroagressividade – o TSO junto a estruturas hospitalares se destina a evitar todas as consequências negativas que o sofrimento psíquico causa (a manifestação de violência e agressividade não acarreta dano somente ao terceiro agredido, mas também ao agressor)”. Por isso não se pode sustentar que a tutela sanitária obrigatória esteja preordenada exclusivamente à tutela do doente e não também de terceiros.*

3 - [Nota à edição brasileira] A lei da reforma psiquiátrica.

II. O incidente de Ímola

Ernesto Venturini

1. O fato (24 de maio de 2000)

Objeto: relatório de serviço. Delegacia de Bolonha

Comissariado de *P.S. Squadra Volante Ímola*.⁴ Ímola, 24/5/2000

Ao senhor diretor do comissariado de P.S. – S e d e

O abaixo-assinado Inspetor M.M.⁵, na qualidade de Coordenador de Patrulhas, refere a V.Sa. o que se segue:

Cerca de 8h45m de hoje, por ordem da COT⁶, a Volante Pedagna, composta pelos Superintendentes M.A. e P.L. e pelo Agente Especial D.C.A., deslocava-se pela rua Giovanni XXIII, no 2, junto à instituição “Albatros”, onde a senhora M.M., qualificada em outros autos, comunicara através da linha telefônica do 113⁷ que um paciente, após ter ferido um educador com uma faca, entricheirara-se no quarto. Prontamente no local, os operadores constataram a presença do 118⁸ e requereram o auxílio da Volante 9, composta do escrevente

4 - [Nota à edição brasileira] *P.S. Squadra Volante* corresponderia a uma equipe de patrulhamento da Polícia Estatal (P.S. é a sigla de *Polizia di Stato*).

[Nota à edição brasileira] P.S. Squadra Volante corresponderia a uma equipe de patrulhamento da Polícia Estatal (P.S. é a sigla de *Polizia di Stato*).

5 - [Nota à edição brasileira] No original, em todo o “caso Ímola” foram usadas apenas as iniciais dos nomes de pessoas ou nomes fictícios. Em nota ali constante, explicava-se que, embora se tratando de fatos e documentos de domínio público (inclusive *on line*), foi feita a opção de respeitar ao máximo a privacidade, dada a relativa proximidade dos acontecimentos. O mesmo critério não foi utilizado nos demais casos tratados no livro, pelo longo lapso de tempo decorrido entre os outros acontecimentos e a publicação. Na presente edição, foram utilizados os nomes verdadeiros, também no “caso Ímola”, pois, dirigindo-se a público não-italiano, ausentes estão as razões que fundamentaram aquela opção.

6 - [Nota à edição brasileira] COT é a sigla para *Centrale Operativa*, ou seja, a Central de Operações.

7 - [Nota à edição brasileira] 113 é equivalente ao nosso 190.

8 - [Nota à edição brasileira] 118 se refere ao pessoal do Pronto-Socorro Sanitário.

e do Assistente C.G., comunicando ao COT a presença de um ferido grave estendido no chão. Logo à chegada, soube-se pelo pessoal de serviço na instituição que o agressor estava entrincheirado no interior de seu quarto situado no andar superior, tendo sido também informado que ele estava armado com uma faca. Logo que alcançado o quarto indicado, foi notada a presença de um homem posteriormente identificado como M.G., nascido aos...em... residente à..., portador da carteira de identidade no... expedida aos... pelo Prefeito de..., parado à porta que se abria sobre o longo corredor. Imediatamente, M. foi contido. No pavimento, entre as duas únicas camas, na porta e em parte do teto, notaram-se manchas de sangue, tendo sido encontradas ainda, no chão, embalagens de medicamentos e o registro das terapias. No andar inferior, mais especialmente no patamar situado entre a escada e a entrada da cozinha, após os cuidados médicos prestados pelo Dr. M., foi constatada a morte por parada cardiocirculatória, provavelmente por hemorragia dos grandes vasos (coração) de C.A., nascido aos... em... onde residia à rua..., portador da carteira de identidade no..., expedida aos... pelo Prefeito de... Com efeito, o cadáver apresentava uma ferida de cerca de 3 centímetros de largura na região subclavicular esquerda, provocada por uma arma perfurocortante, e outra ferida igualmente provocada por arma perfurocortante na parte retroauricular direita, com um profundo corte na nuca. De se notar que as manchas de sangue vinham, como dito, do quarto de M., onde fora encontrado o cadáver de C. Com relação ao ocorrido, M.G. foi detido pelo crime de homicídio doloso. Transportado ao Comissariado e tendo em seguida sentido um mal-estar foi acompanhado ao PS⁹ do hospital de Ímola. Sobre o colchão da cama usada por M.G., foi encontrada uma faca (descrita no auto de apreensão) com uma ponta afiada, com cerca de 34,5cm de comprimento, cuja lâmina estava suja de sangue, faca

9 - [Nota à edição brasileira] PS é a sigla de *Pronto Soccorso*, ou seja, Pronto-Socorro.

de largura compatível com a ferida apresentada por C.A. No interior da cozinha, cuja porta estava aberta, foram encontrados em uma gaveta munida de fechadura não operante 9 facas melhor descritas no auto de apreensão, de aspecto semelhante ao da faca encontrada no quarto de M. G. No local, interveio a polícia científica dado o relevo do caso.

Foram ouvidos alguns dos presentes, e em especial M.M., que referiu ter ouvido rumores de luta corporal provenientes do quarto de M.G., o qual, dentre outras coisas, há cerca de 15 dias vinha se mostrando agressivo em relação ao pessoal de serviço e aos outros moradores da instituição. Vale notar que, no andar superior, onde aconteceu o fato, conforme os testemunhos, encontravam-se apenas C.A., M.G. e I.B., anciã surda-muda que, normalmente, para sua tranquilidade, pede para se trancar a chave. Com efeito, o quarto da mesma estava fechado a chave, tendo sido aberto pelo escrevente através de uma chave universal providenciada pelos operadores da instituição.

Do ocorrido foi informado o membro do MP¹⁰ de serviço, Dr. O., que, mais tarde, interveio diretamente no local, assumindo as investigações. Interveio ainda a Dra. V., médica legal. O cadáver, por ordem do Dr. O. foi levado para o necrotério da rua Certosa em Bolonha, ficando à disposição da Autoridade Judiciária. Enquanto isso, outro funcionário apreendia a cartela clínica, a das instruções e a da terapia de M.G. e de outros moradores da instituição. Do ocorrido foi avisado o advogado de ofício G.M. do foro de Bolonha. Cabe precisar que M.G., sempre em estado de detenção, foi conduzido, por ordem do MP, ao Hospital Malpighi de Bolonha, sob guarda do pessoal da Polícia estatal e da Polícia Penitenciária.

O que se relata por dever de ofício.

1.1. Exame dos autos do processo

Conclui-se, inclusive com base nas s.i.a.¹¹ colhidas logo após o fato, que C.A. dirigiu-se ao quarto de M.G. para ministrar-lhe a terapia diária, quando este o atingiu com dois golpes, tendo C.A. se precipitado para o andar inferior em busca de ajuda, acabando por cair morto no vão situado entre a cozinha e as escadas [...]. No chão do quarto, dentre outras coisas, estavam espalhadas embalagens de remédios que provavelmente C.A. deixara cair ao ser atingido por M.G. [...]

Das declarações surge essencialmente que M.G., nos últimos tempos, vinha manifestando uma piora em suas condições mentais; com efeito, recusava a comida, julgando que estivesse envenenada; isolava-se, sentindo-se perseguido por tudo que o cercava, evitando tomar os remédios que lhe tinham sido prescritos. Restou demonstrado que essa piora foi consequência da diminuição da dose dos fármacos, ordenada pelo Dr. P.E., psiquiatra que tinha M.G. a seus cuidados desde novembro passado.

De se destacar que C.P. referiu que, na tarde de ontem, C.A. lhe contara que fora atingido no dedo da mão por um urinol lançado por M.G., que se recusara a receber os remédios.

O Dr. P.E. disse ter optado por uma redução gradual da dosagem das injeções de neurolépticos injetáveis há cerca de três meses, acrescentando ter pedido a todos os operadores que lhe referissem eventuais variações do estado psíquico do paciente. Disse ainda que na sexta-feira, 19/5 p.p, após M.G. ter se recusado a se submeter a uma consulta de avaliação de seu estado de saúde e, tendo em conta indicações vindas das operadoras do centro Albatros a sinalizar aspectos delirantes de isolamento e recusa de alimentação, dirigiu-se à casa familiar, constatando uma efetiva piora da situação psicopatológica do paciente, que se recusava a tomar o neuroléptico injetável, aceitando, no entanto, recebê-lo no dia seguinte com a Dra. D'A. Referiu finalmente ter contactado o

11 - [Nota à edição brasileira] s.i.a. se refere a informações.

Dr. G. do Centro de Saúde Mental da AUSL de Ímola, para avaliar conjuntamente a eventualidade de submeter M.G. a TSO.

Do relatório dos consultores técnicos do MP (veja-se mais adiante) se verifica:

Dos autos de S.I.T.¹² de 24/5/00 devemos apontar algumas declarações que, como veremos, fornecem elementos úteis para a reconstrução dos fatos. Começaremos pelas declarações prestadas pela Dra. M.L. (diplomada em pedagogia), coordenadora da Comunidade Albatros. Após ter descrito a evolução das condições psíquicas de M.G. até os dias imediatamente anteriores ao homicídio de C.A. (não nos deteremos sobre este fato, pois o examinaremos detalhadamente mais tarde), a Dra. M.L. declara o seguinte: “[...] Na manhã da segunda-feira seguinte [22/05/00], fui informada por um dos operadores que M.G. em nada mudara seu comportamento, razão por que, cerca de 12 horas telefonei para o Dr. P.E., mas, como ele estava com pressa, pediu que o chamasse depois das 17 horas, tendo eu então lhe dito que minha colega B.C. o faria; na ocasião, lhe disse que M.G., há alguns dias, vinha se recusando a receber as gotas de ‘Valium’ e ‘Entumin’, tendo o Dr. P.E. me dito que pretendia incluir na terapia o ‘Clonipaxol’ e que, no final da tarde, nos informaria sobre a dosagem. Na manhã de ontem [23/05/00], procurei a Dra. D’A para que prescrevesse o fármaco sugerido pelo Dr. P.E., tendo em seguida ido à farmácia da Avenida D’Agostino, onde me foi informado que o remédio não estava disponível no momento, mas que procurariam obtê-lo para o dia seguinte” [...].

ADR¹³: As relações entre M.G. e C.A. sempre se desenvolveram em um âmbito de normalidade, jamais tendo havido quaisquer

12 - [Nota à edição brasileira] S.I.T. é a sigla de *Sommarie Informazioni Testemoniali*, ou seja, resumo de declarações de testemunhas.

13- [Nota à edição brasileira] ADR significa a *domanda risponde*, que corresponderia a “perguntado, respondeu”, no linguajar processual brasileiro.

episódios litigiosos entre os dois; somente nesses últimos dias, M.G. se comportava com C.A. do mesmo modo com que se comportava com a maior parte dos operadores, ou seja, recusando qualquer contato físico e visual.

Ainda dentre as declarações prestadas imediatamente após o fato delituoso, parecem-nos de notável importância as de D'A F., assistente de base da Comunidade. [...] Na verdade, estava muito preocupada com tal comportamento, a tal ponto dessa preocupação se transformar em medo... Falei sobre isso com minha coordenadora e anotei tudo no caderno de registros que foi apreendido. [...] Tinha a estranha sensação de que alguma coisa iria acontecer. [...].

Em posterior colheita de informações (cfr. Autos de S.I.T. de 26/5/00), foram ouvidas as Dras. P.A.M., C.A. e D'A. A Dra. P.A.M., médica psiquiatra do Departamento de Saúde Mental de Ímola desde 1982, que declarou ter trabalhado no hospital psiquiátrico local denominado 'Osservanza' por cerca de 9 anos até seu fechamento ocorrido em 1996, recordou ter trabalhado na enfermaria no 7, de longa hospitalização, durante cerca de dois anos. O então médico-chefe, Dr. V.V., "considerando que a Dra. era ainda inexperiente, recomendou que ela não reduzisse a terapia neuroléptica de M.G., mesmo que ele continuamente o pedisse, pois existia a possibilidade de o paciente se descompensar".

Segundo o declarado, a Dra. P.A.M. teve o cuidado de transmitir tal recomendação à Dra. C.A., a partir do momento em que esta começou a seguir o tratamento de M.G. e, posteriormente, quando a Dra. C.A. foi substituída pelo Dr. P.E., entendeu oportuno reiterar, também a ele, a referida recomendação. A Dra. C.A., médica psiquiatra do DSM de Ímola desde dezembro de 1966, declarou ter sido a psiquiatra assistente de M. da primavera de 1997 ao outono de 1999, recebendo tal encargo da Dra. P.A.M., na medida em que "o paciente não aceitava mais relacionar-se terapêuticamente com ela". A Dra. C.A. confirmou que M.G. era um paciente difícil de tratar, na medida em que jamais aceitava

facilmente os remédios, por entender que deles não necessitava, pelo que considerou a possibilidade de diminuir a terapia oral para poder manter um bom relacionamento com o paciente. Não soube precisar se diminui a dosagem da terapia neuroléptica via injeção, mas afirmou que esta sempre fora ministrada periodicamente. A Dra. D'A., enfatizando sua qualidade de médica de clínica geral, tendo assistido M.G. nessa condição, confirmou ter ido, em 19/05, à instituição Albatros e ter ministrado a injeção do neuroléptico que M.G. anteriormente recusara. Alguns dias depois (23/5/00), a requerimento do psiquiatra Dr. P.E., redigiu a prescrição de terapia neuroléptica oral (Clopixol 25 mg). Foram obtidos novos elementos informativos e assim (cfr. Autos de S.I.T. de 29/5/00) lê-se que, segundo F.A., assistente de base na Albatros, M. mudou “após o falecimento de dois moradores da instituição por causas naturais, que, provavelmente, fez surgir nele o medo da morte; começou a se isolar cada vez mais, recusando-se inclusive a se alimentar”. Contextualmente, do quanto declarado, M. começou a recusar a terapia oral, não tomando mais as gotas e talvez nem mesmo os comprimidos. Análoga colocação temporal sobre a mudança sintomatológica (cerca de 15 dias antes do fato) foi apontada por outros operadores ouvidos (G.S.P., funcionária da limpeza; F.A., em serviço civil, M.M., assistente de base).

1.2. Relatório do diretor do departamento de saúde mental

Fui convidado pela Direção da ASL¹⁴ a realizar uma investigação: com os elementos de que tive conhecimento concluí se tratar, substancialmente, de uma fatalidade, na medida em que os erros que se puderam apontar não assumiam características de culpa grave, sobretudo não podendo se inscrever como causa eficiente do resultado: a morte.

14 - [Nota à edição brasileira] ASL é a sigla de *Azienda Sanitaria Locale*, isto é, Empresa Sanitária Local. A ASL é uma empresa pública.

Objeto: Homicídio do operador C.A. Avaliação.

Ao Responsável Provisório do Distrito da AUSL de Ímola, Dr. S.L.

Com referência à requisição do Diretor-geral de 8 de junho de 2000, prot. no 13624, por mim recebida em 9/6/2000, realizei uma investigação sobre o caso, com a finalidade de avaliar eventuais comportamentos negligentes, quer de parte dos funcionários da Empresa, quer de parte da Cooperativa que administra a instituição da rua Giovanni XXIII.

A investigação levou em conta tanto elementos objetivos (fichas clínicas), como elementos subjetivos (depoimentos dos diversos indivíduos envolvidos). Não foi possível obter as informações contidas no “livro de registros” de Albatros, na medida em que este foi apreendido pela Autoridade Judiciária. É provável que tal livro contenha elementos decisivos para a reconstrução dos fatos. Levei em conta as declarações prestadas à imprensa nos dias seguintes ao homicídio pela mãe de C. e por outros operadores. Entretanto, não foi possível valorá-las, na medida em que as afirmações frequentemente se mostraram genéricas, imprecisas, descontextualizadas.

Cordiais saudações,

Ernesto Venturini

Ímola, 16 de junho de 2000.

Relatório

Considerações conclusivas. Estamos diante de um episódio psicótico agudo, que surgiu repentinamente e não foi avaliado como perigoso por parte de diversos sujeitos, inclusive os envolvidos mais de perto nos cuidados do paciente. O modelo organizacional das residências, naturalmente, contempla a possibilidade de surgimento de uma crise ou do reavivamento da sintomatologia psicopatológica dos moradores, prevendo uma gama de intervenções que podem chegar até ao Tratamento Sanitário Obrigatório. Toda avaliação de caráter clínico naturalmente compete ao médico psiquiatra assistente.

A redução gradual e a suspensão da flufenazina decanoato, operada pelo doutor P.E., sem dúvida, têm uma justificação. Os efeitos de discinesia tardia são especialmente deletérios para o paciente e, quando suas condições físicas estão comprometidas, exige-se a adoção desse procedimento. A recente suspensão do fármaco talvez possa ter tido algum peso na evolução da crise, mais do que sobre seu aparecimento. A escolha é frequentemente imposta pela necessidade de recuperar a *compliance* ao tratamento farmacológico por parte do paciente em situações difíceis. O efeito da flufenazina decanoato se manifesta após 24-72 horas e a eficácia sintomática se torna significativa após 48-96 horas. A ação dura de 2 a 5 semanas. Pode-se concluir, portanto, que a injeção dada em 19 de maio tenha atingido sua dosagem eficaz entre 21 e 23 de maio, sem considerar que, de todo modo, ainda subsistia o efeito da precedente injeção de flufenazina. Em situações de crise aguda, porém, é oportuno acompanhar tal tratamento com outros fármacos (neurolépticos ou tranquilizantes menores). As prescrições foram corretas; permanece, no entanto, incerta a ingestão regular dos fármacos por via oral. Da reconstrução dos fatos não parece emergir uma subestimação do caso: a situação foi avaliada dia a dia e se entendeu poder contar com uma ampla margem de tempo para evitar que se precipitasse. Esta parece ter sido a conduta do Dr. P.E., mas também de todos os outros sujeitos envolvidos no acontecimento que, na manhã de 23, não julgavam dever lançar mão de outros procedimentos, além daqueles em execução. Incidentalmente, gostaria de ressaltar que a exigência de se levar em consideração uma margem suportável de risco diz respeito ao cotidiano do agir na psiquiatria, diz respeito à própria essência da psiquiatria.

Se se tivessem informações sobre ameaças aos operadores, ter-se-ia agido de forma diversa; presumivelmente, isto teria implicado a imediata internação e execução de procedimentos de segurança. Por outro lado, o Sr. M.G. não era tido como potencialmente perigoso. Após episódios de agressividade nos primeiros anos de internação

no hospital psiquiátrico, em circunstâncias e contextos especiais, seguiu-se uma longa história de total ausência de episódios similares; havia uma notável mudança positiva. Se, como parece surgir das declarações da mãe de C.A., C. demonstra seus temores na noite de 23, é evidente que haveria uma relação com o que acontecera na tarde de 23, ou após a reunião da equipe da manhã. Teria havido um confronto verbal, talvez físico, entre C.A. e M.G. A ameaça e a agitação (o lançamento de um objeto) assumem um significado decisivamente alarmante: significam o precipitar da crise e a concretização, na vivência delirante de M.G., da figura de C.A. como a de um inimigo. Por outro lado, as diversas declarações confirmam a imagem de C.A. como a de uma pessoa corajosa, disposta a assumir para si as situações difíceis, generoso com os colegas, tendente a minimizar os riscos. O rápido desenrolar dos acontecimentos não permitiu a avaliação do que ocorreu na tarde de 23: o registro da noite não foi lido pela coordenadora M.L., a não ser talvez na manhã de 24, quando o homicídio já tinha acontecido ou estava para acontecer.

De tudo se extraem as seguintes considerações: estamos diante de uma série de acontecimentos que, avaliados separadamente, demonstram escolhas que não podem ser tidas por gravemente incorretas, em condições de risco tidas como mínimas. Paradoxalmente, tudo parece ter funcionado, segundo o exigido, porém até certo ponto. Pode-se pensar, no entanto, que uma maior presença dos médicos do DSM (da psiquiatra de referência da residência e do psiquiatra do paciente) talvez tivesse permitido colher mais elementos, permitindo considerar as experiências dos operadores da comunidade. A comunicação entre os vários atores revelou incertezas. É nessa direção que devem seguir as próximas escolhas do DSM. Sem dúvida, o elemento desencadeador da crise é de ser imputado à doença e à morte da moradora a quem o Sr. M.G. se sentia ligado. A esse acontecimento se juntaram outras circunstâncias secundárias de efeitos negativos: a suspensão da flufenazina; a morte de outra moradora; o desencontro entre o pedido

de um remédio para M.G. e sua efetiva presença em depósito. A internação hospitalar de M.G. chegou a ser cogitada, mas decidiu-se esperar, julgando-se possível uma melhora do estado clínico do paciente. O episódio ocorrido na tarde de 23, que fez precipitar a situação, certamente teve papel determinante para a superveniência do resultado: a morte. Nesse sentido, achamo-nos diante de uma objetiva impossibilidade de intervenção por parte do DSM, na medida em que a informação não veio em tempo hábil.

Concluindo, não se identificam comportamentos gravemente negligentes por parte dos funcionários da Empresa ou da Cooperativa.

Cordiais saudações,
O Diretor do DSM – E. V.

1.3. O impacto social do fato

O impacto do acontecimento na cidade de Ímola foi enorme: morreu em circunstâncias dramáticas um homem de 45 anos, conhecido e benquisto por seus concidadãos, deixando um filho de tenra idade. Mas, foram, sobretudo, o contexto e a modalidade do fato que suscitaram maiores emoções. A cidade de Ímola, desde a primeira metade do século XIX, constituiu sua identidade social em torno da psiquiatria – mérito de personagens como Cassiano Tozzoli, Andrea Costa e, sobretudo, Luigi Lolli. Os dois hospitais psiquiátricos – um direcionado para a província de Bolonha; o outro para toda a Romagna – e o Instituto Médico Psicopedagógico, até o final dos anos 60, constituíram a principal atividade econômica da cidade, com seus 2.500 doentes e cerca de 1.500 funcionários: não havia família que não tivesse um parente ocupado no setor da psiquiatria. O próprio processo de desinstitucionalização, iniciado ao final dos anos 80, desenvolveu-se sob uma ótica de forte envolvimento dos cidadãos. Exemplo disso é o *slogan* que acompanhou tal processo: “Reabilitar a cidade”. Enquanto a reabilitação dos pacientes se fazia acompanhar do progressivo fechamento das enfermarias e da abertura de 23

residências no território de Ímola; enquanto a adesão das cooperativas sociais ao processo abria novas perspectivas de trabalho para os jovens de Ímola, era sobretudo a lógica do “dentro-fora e do fora-dentro” que constituía a estratégia de impacto sobre a cidade. Alunos das escolas médias e superiores tinham contínuas relações com os doentes; companhias de teatro, formadas por doentes e estudantes, representavam suas peças nos teatros da cidade; no mesmo jornal apareciam escritos e poesias de doentes e moradores; concertos e eventos culturais com personagens da cultura e do espetáculo eram promovidos nas residências dos ex-pacientes; o parque do ex-hospital se tornava, por algumas semanas do ano, o lugar de encontro lúdico, esportivo e cultural da cidade; os pacientes eram os protagonistas de algumas transmissões da mídia local e nacional; uma quantidade cada vez maior de cidadãos dava sua colaboração voluntária às atividades da desinstitucionalização. Havia, em suma, um verdadeiro envolvimento, forte, emocionante, das instituições e dos cidadãos para a superação do hospital psiquiátrico. A mensagem central desse processo social se concentrava na capacidade de olhar a loucura de forma diversa, eliminando os estereótipos da irrecuperabilidade e da periculosidade, ainda presentes no imaginário coletivo dos anos 80.

É fácil entender, portanto, como o acontecimento de 24 de maio de 2000 tenha tido o impacto de uma bofetada, uma ducha fria, um brusco despertar. É como se, repentinamente, as pessoas se dessem conta de terem sido enganadas. Murmura-se, protesta-se: não é verdade o que nos foi dito nesses anos; os doentes mentais são perigosos; quantas pessoas foram postas em risco! Os que primeiro manifestaram sua perturbação foram os jovens operadores das cooperativas. Sua raiva, no entanto, se fundava também em outras problemáticas que diziam respeito às suas condições de trabalho, às problemáticas sindicais e remuneratórias. *“Os trabalhadores das cooperativas são explorados, mal pagos, realizam tarefas que não lhes competem e frequentemente arriscam a vida – lê-se em panfletos e artigos na imprensa. O Departamento de Saúde Mental*

não os protege, as cooperativas não aplicam os devidos contratos. A desinstitucionalização, nessas circunstâncias, revelou toda a sua superficialidade e ideologia". É tocante a notícia de que Giovanni M. fora anteriormente interno do Hospital Psiquiátrico Judiciário e que esta informação não era conhecida nem pelos operadores da cooperativa, nem pelo médico assistente. Se isso fosse sabido – se dizia – teriam sido adotados procedimentos muito diversos. As pessoas querem um bode expiatório para aplacar sua raiva e seu medo, repentinos e inesperados. A mãe da vítima declara publicamente que não quer nenhum usuário dos serviços de Saúde Mental no funeral do filho. Dir-se-á que, no fundo, é uma atitude compreensível, mas permanece sendo um ato injusto e impensado: é uma raiva cega contra os mais fracos e, também, contra a dedicação do próprio filho. Os usuários da residência "Ca' Del Vento", com muito equilíbrio, tentam raciocinar sobre o evento, mas suas declarações não são ouvidas. O assessor municipal da saúde, no passado partidário do processo de desinstitucionalização, publicamente ordena que nenhum paciente psiquiátrico seja acolhido nas Residências Sanitárias Assistidas do Município. A imprensa local, sempre ansiosa por episódios de sangue, dada a escassez de notícias, descobre, nesse acontecimento, um filão inesgotável. Nas primeiras duas semanas, aparecem 93 artigos na imprensa nacional, mas especialmente na local, e outros 20 saem nas duas semanas seguintes. Aliviam-se os aspectos fúnebres do evento, mas se publica uma sucessão de declarações, de acusações e contra-acusações, de "bem que eu tinha dito". Em uma espécie de psicodrama coletivo, a Prefeitura, para atender a "absoluta transparência", abre espaço para audições públicas, durante as quais, na presença das diversas correntes políticas, intervêm cidadãos e dirigentes do Departamento de Saúde Mental. Esses encontros, que deveriam servir para esclarecer, revelam-se, no entanto, *happenings* de histeria coletiva, instaurando crises políticas de todos contra todos: a verdade objetiva dos fatos não é mais tão importante quanto sua interpretação política. A oposição quer cavalgar a apetitosa crise que

se abateu sobre o Departamento de Saúde Mental, apoiado, em diversas ocasiões, pelos políticos da situação no município. Mas, a crise perpassa as diversas correntes: a *Margherita* e a *Rifondazione Comunista*¹⁵ se dividem internamente, dando lugar, conforme consolidados copiões, a cisões. Os sindicatos brigam entre si. Até a Liga das Cooperativas, top da economia local, é arrastada para as discussões: com efeito, a Liga é a entidade de referência da cooperativa social que administra a residência *Albatros*. Os inimigos da reforma psiquiátrica, vendo em dificuldades os personagens que, durante anos, “pontificaram” no panorama local, reforçam seus ataques. Espera-se que a direção do DSM salte pelos ares.

Naqueles dias, foram enviadas notificações referentes aos crimes dos artigos 590 e 589 CP a três médicos psiquiatras do DSM que trataram de Giovanni M., à assistente social do DSM que cuidava da ligação entre a cooperativa e o serviço público e à coordenadora da residência. Começa um iter judiciário que se prolongará por 9 anos.

Enquanto isso, Giovanni M., após uma perícia psiquiátrica, é absolvido, por incapacidade total de entender e querer. Subsistindo, a dizer do perito, sua periculosidade social, é enviado ao Hospital Psiquiátrico Judiciário de Montelupo Fiorentino. Declarada sua incapacidade processual (arts. 70, 71 CPP), sai completamente de cena: culpado, mas inimputável. Após alguns meses, no entanto, o MP requer o arquivamento de todo o inquérito, por “insubsistência de lesão pessoal”. O ato é impugnado pelos advogados da mãe, da mulher e do filho da vítima e pelo advogado de ofício de Giovanni M. O GIP¹⁶ do Tribunal de Bolonha que rejeita o arquivamento; o processo prossegue. Duas médicas são excluídas das imputações,

15 - [Nota à edição brasileira] *Margherita* e *Rifondazione Comunista* eram partidos políticos do campo da esquerda italiana. A *Margherita* não existe mais, correspondendo, hoje, ao *Partito Democratico* (PD).

16 - [Nota à edição brasileira] *GIP* – *giudice per le indagine preliminari*, que poderia ser traduzido por juiz dos procedimentos preliminares, ou juiz instrutor. Figura inexistente em nosso sistema processual penal.

permanecendo envolvidos a assistente social, a responsável pela residência e o doutor Euro P., que pede o procedimento abreviado.

1.4. A reconstrução dos fatos na fase instrutória

A opinião pública permanece sensibilizada pelo diagnóstico de Giovanni – esquizofrenia paranóica – e seu passado. Impressionam negativamente as internações nos Hospitais Psiquiátricos Judiciários de Reggio Emilia e de Aversa, as repetidas internações nos institutos psiquiátricos de Ímola, os comportamentos particularmente bizarros e, sobretudo, os episódios de agressividade e violência. É o quadro de um paciente difícil, que rejeita as terapias e se torna “controlável” somente com o tratamento de um remédio injetável de lenta atuação. O paciente foi liberado do Hospital Psiquiátrico em 1995 com o diagnóstico de “Síndrome residual em psicose esquizofrênica”, indo morar em uma residência assistida. É descrito como um paciente trabalhoso, desafiador e fatigante; frequentemente pede que seja suspenso o tratamento farmacológico. Nos últimos anos, Giovanni mudou de psiquiatra três vezes e as informações não pareciam suficientemente adequadas. O novo psiquiatra demonstra um conhecimento parcial da história do paciente, mas procede à redução e, sucessivamente, à suspensão de um remédio injetável que o paciente usava há quinze anos. As condições psíquicas do paciente demonstram, desde então, certa piora. Giovanni manifesta inicialmente o receio de ser roubado. No livro de registros dos operadores da residência lê-se que: *“... pede, com insistência, para ser acompanhado ao banco, porque quer retirar os trinta milhões de liras que depositou há mais de cinco anos. De nada valem as explicações de que não possui mais aquela quantia, usada, nesses anos, para pagar tudo de que necessita para viver. Continua a repetir obstinadamente que, se ninguém o roubou, aquele dinheiro deve estar ainda depositado; de outro modo, terá que se dirigir à polícia. Precisa, necessariamente, atribuir a alguém a culpa por não ter mais o dinheiro”*. O livro de registros – vale recordar – não

é um instrumento oficial e seu conteúdo jamais foi dado a conhecer nem aos médicos, nem à assistente social: é apenas um dispositivo utilizado pelos operadores da cooperativa para comunicações de serviço. Naquelas páginas aparece um progressivo acentuar-se das idéias de Giovanni sobre envenenamento e contaminação. Os sinais de um mal-estar interior acentuam-se cada vez mais. “... *Giovanni tem uma expressão no rosto de alguém que não está muito tranquilo, como se tivesse alguma coisa grave*”. Nesse meio tempo, morrem, por causas naturais, duas moradoras da residência. Giovanni era bastante ligado afetivamente a uma delas. É evidente que o luto incide negativamente nas condições psíquicas de Giovanni. A coordenadora da residência solicita a visita do médico ao paciente. A piora é tangível. Giovanni rejeita qualquer tratamento e se mostra agressivo. O médico concorda que seria oportuno retomar o tratamento farmacológico interrompido e avalia mesmo a possibilidade de praticar um Tratamento Sanitário Obrigatório. No final, entretanto, condiciona a decisão à disponibilidade do paciente em permitir a injeção do remédio por parte do Médico de Clínica Geral. Com efeito, no dia seguinte, o paciente aceita tomar a injeção, e o psiquiatra fixa a próxima visita para algumas semanas depois. Todavia, diante da ausência de melhora, de comportamentos cada vez mais bizarros, de ameaças, a coordenadora da residência insiste em nova intervenção do psiquiatra. Este prescreve, por telefone, um remédio que não pode ser ministrado por estar em falta na farmácia. Durante a reunião periódica de equipe, que tem lugar na presença da assistente social, os operadores, mesmo demonstrando preocupações pelo estado de saúde de Giovanni, não se referem a ameaças. Essa atitude estranhamente contrasta com o que surge do livro de registros dos operadores. As últimas páginas evidenciam uma situação de alarme entre os operadores, descrevendo inquietantes ameaças de morte por parte de Giovanni.

Nisso, os fatos se precipitam. Há alguns dias, o educador profissional Ateo C. insistentemente tenta convencer Giovanni a

assumir a terapia oral. Há momentos de aberto conflito e, numa tarde, Giovanni atira um urinol contra Ateo, ameaçando-o de morte. Na manhã seguinte, Ateo vai sozinho ao quarto de Giovanni para ministrá-lhe a terapia, mas é morto

Os investigadores fixam sua atenção na bateria de facas de cozinha, de onde fora subtraída a arma do crime e indagam sobre as medidas de segurança adotadas. Surgem versões contraditórias sobre as disposições relativas ao controle das facas: segundo alguns, as facas deveriam estar fechadas a chave; outros declaram, no entanto, que não existem disposições a respeito. O responsável pela segurança da residência era Ateo.

A imprensa transmite à opinião pública as seguintes mensagens: *Albatros* é uma residência mais próxima a uma Residência Sanitária Assistida do que a uma estrutura psiquiátrica protegida; profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) são pouco presentes; a periculosidade dos pacientes é ocultada do pessoal que trabalha na residência; funcionários, não profissionais da saúde, são encarregados de ministrar remédios, contrariamente às normas vigentes.

Os peritos do Ministério Público consideram o psiquiatra responsável pelo agravamento psíquico do paciente e seu comportamento violento, por ter suspenso o remédio de que necessitava; apontam deficiências nos sistemas de segurança da casa; denunciam carências nos processos de comunicação e um comportamento gravemente inadequado por parte de Ateo.

1.5. Uma leitura mais aprofundada do fato

A descrição anterior corresponde à reconstrução do fato como apreendido nos primeiros dias e como talvez tenha permanecido na consciência de muitos operadores e demais cidadãos. Todavia, é apenas uma primeira e incompleta reconstrução dos acontecimentos, já que, pouco a pouco, o evento se enriquecerá com novas particularidades: fatos desconhecidos ou mesmo ocultados irão emergir.

O relatório que apresentei à direção da ASL – que eu mesmo, hoje, julgo incompleto, por ausência de algumas informações que surgiriam somente com o passar do tempo – poderia parecer viciado por uma involuntária parcialidade de julgamento. Em todo caso, o diretor geral da Empresa Sanitária pediu também um parecer de um experto psiquiatra, consultor da Região Emilia Romagna. O novo relatório acentuava fortemente a responsabilidade profissional do psiquiatra na gestão da crise e denunciava uma atitude de difusa subestimação da periculosidade dos pacientes psiquiátricos. Nessa linha, e não na linha por mim indicada, moveram-se os peritos do MP, entendendo também responsáveis pelo ocorrido a assistente social e a coordenadora da residência. Tal interpretação, em parte desmentida e em parte confirmada pelas sentenças, como já pude apontar, não esclarece a dinâmica dos fatos e deixa muitas circunstâncias nas sombras.

Com sentenças já proferidas, sem o envolvimento emocional dos primeiros tempos e utilizando os conhecimentos que foram se acumulando, examinarei de perto os três protagonistas do evento – o psiquiatra, a vítima, o paciente – e, sucessivamente, o funcionamento e a organização da residência. Por quê? Naturalmente, porque sinto necessidade de dar minha chave de leitura dos fatos, mas, sobretudo, porque o evento, como já pude explicar, parece-me paradigmático para uma reflexão, em todos os campos, sobre os temas da responsabilidade, da periculosidade e da imputabilidade em psiquiatria. Não quero exprimir julgamentos sobre ninguém, nem sobre quem foi tragicamente envolvido no evento, nem sobre quem (peritos, juízes) desenvolveu conscienciosamente seu próprio trabalho. Não pretendo que essa reconstrução seja a verdade: é apenas a “minha” verdade. Move-me a exigência profissional de aprofundar, despindo-me de qualquer preconceito, de entender, de apreender, para avaliar uma experiência negativa e oferecer, a todos os que compartilham esse difícil e fascinante trabalho, os instrumentos para não se ver na mesma situação. É a clássica análise que grupos de trabalho fazem sobre “casos”, na presença de um supervisor. O pressuposto de tais

análises é a honestidade intelectual e a disponibilidade de acolher serenamente críticas e sugestões, pois, em medicina, o erro humano é uma eventualidade possível e não infrequente.

1.6. O cenário

“*Albatros*” está situada em uma zona residencial da cidade, no começo de uma rua larga e sem saída, uma rua organizada, tranquila. Tem o aspecto de uma casa com amplo jardim e árvores que dão sombra. No andar térreo estão localizados os banheiros e quartos dos operadores. Uma escadaria externa dá acesso a uma ampla varanda, onde as mulheres se sentam a costurar e os homens a jogar cartas; no interior, há uma sala de estar espaçosa, mas é a cozinha o lugar mais animado e frequentado. A sala de estar dá acesso a um apartamento autônomo para quatro pessoas, com banheiros e uma pequena cozinha; já uma escada interna leva ao andar superior, onde outros moradores têm seus quartos e banheiros. O jardim é o grande recurso da casa: quando se organizam as festas, as mulheres preparam doces e arrumam as mesinhas. Quando, no entanto, tem-se vontade de encontrar pessoas novas, pode-se ir à sociedade da bocha: trata-se de um círculo ARCI¹⁷, que se encontra a pouca distância, sempre muito animado e acolhedor.

1.7. O imputado

O doutor Euro P. é um profissional competente, tendo demonstrado, em sua história, ser pessoa consciente e responsável. Até por isso é justo interrogar-se sobre as razões de seu comportamento naquelas circunstâncias. Os peritos do Ministério Público focalizaram sua atenção na suspensão da flufenazina decanoato, “sem motivo razoável” e sem observar os protocolos internacionais; além disso, imputaram ao psiquiatra o fato de não

17 - [Nota à edição brasileira] ARCI é a sigla de *Associazione Ricreativa Culturale Italiana*, isto é, Associação Recreativa Cultural Italiana. Há cerca de seis mil círculos ARCI por toda a Itália.

ter instaurado os procedimentos necessários para uma intervenção de urgência diante da crise (julgam-no particularmente responsável por não ter requerido o TSO), considerando sobretudo o diagnóstico do paciente, a tornar atos de violência fortemente previsíveis. Imputam-lhe ainda o fato de não ter se documentado sobre a anamnese do paciente, considerando que as velhas fichas clínicas eram facilmente encontráveis no lugar de trabalho do médico. Na realidade, o psiquiatra dá uma motivação para sua escolha: considera oportuno reduzir os psicofármacos diante dos efeitos negativos que seu uso prolongado pode ter em um paciente cardiopata (o ECG revela um hemibloqueio anterior esquerdo), com um processo específico pulmonar progressivo, comprometimento hepático e tendência à hipertensão arterial. Trata-se de uma remodelação de terapia correta e devida, em busca da “dose mínima eficaz”. Provavelmente tenta, ainda, conseguir a adesão do paciente, condescendendo com sua reivindicação de redução dos remédios. Em todo caso, julga ter a situação sob controle e dispor de tempo para corrigir eventuais contingências negativas. A propósito da inobservância dos protocolos internacionais sobre a redução dos remédios injetáveis, é necessário precisar que tais protocolos certamente constituem referência útil, mas não têm caráter vinculante. Quem trabalha no setor médico sabe que a prática impõe escolhas que nem sempre estão na média dentre a gama de intervenções possíveis: às vezes, é preciso se colocar em uma das extremidades dessa gama. Além disso, como está claramente expresso nas observações dos peritos das partes (B., e B. C.), é incorreto falar em uma suspensão do remédio, pois o efeito da precedente impregnação farmacológica comportava a presença de níveis sanguíneos do remédio mesmo no período de suspensão da administração intramuscular. O desconhecimento da história progressiva do paciente é decerto uma falha importante. O psiquiatra imputa-a ao modo confuso com que se produziu a passagem do encargo de tratamento, cuja responsabilidade

poderia ser atribuída à colega que anteriormente tratava de Giovanni. As mudanças de terapeutas em um serviço frequentemente acontecem por exigências de caráter organizacional. Podem, porém, traduzir também dificuldades de gestão por parte dos profissionais da saúde: nesse caso, é preciso que a motivação fique clara para todos os sujeitos envolvidos. Por outro lado, a relação entre médico e paciente nem sempre é fácil e (certamente!) é preciso tentar novos enfoques. Nesse caso, parece justificado que, depois de duas figuras femininas, tenha sido introduzida uma figura masculina como terapeuta. O psiquiatra, talvez envolvido pelo ritmo frenético do trabalho cotidiano, tanto quanto é o de um serviço público de Saúde Mental, provavelmente terá adiado o aprofundamento sobre esse caso, que não considerava particularmente urgente; pensa que bastaria conhecer o diagnóstico, ter um conhecimento direto do paciente e saber que este se encontra em uma residência, onde deveria vigorar um sistema de proteção. Não se deve excluir que, nesse caso, o psiquiatra se sentisse menos exposto do que em relação a seus pacientes habituais que vê todo dia, em um território onde, por exemplo, a permanência em casa de um paciente em crise é uma eventualidade cheia de riscos. É no âmbito da nova clientela que se podem esperar maiores situações de urgência. Por outro lado, a jornada habitual de um operador da psiquiatria é marcada por escolhas difíceis, às vezes sobre a própria prioridade das situações de risco. Nesse caso, o médico confia em uma organização administrada por uma Cooperativa privada, mas inserida no circuito do Departamento de Saúde Mental. No entanto, como ressalta a sentença do Tribunal, *“constitui regra comum da experiência que, em qualquer atividade humana, ao crescimento dos riscos deva corresponder a preparação de um sistema de cautelas e precauções apto a exorcizar a verificação de eventos danosos ou perigosos”*. Em resumo, o profissional não pode ser isentado do conhecimento e da verificação pontual e direta da

eficácia dos “instrumentos” que usa – a função terapêutica do contexto, o conhecimento da história pregressa de seu paciente – ainda que compartilhe seu campo de intervenção com outros sujeitos. Quando os operadores da residência lhe pedem que dê a Giovanni a notícia da morte de Deanna, a pessoa a quem o paciente era mais ligado, o médico se subtrai ao dever: julga que isso não faça parte de seu dever de psiquiatra; julga, erradamente, que isso não tenha a ver com o âmbito de seu “tratamento”. Não se sente investido dessa responsabilidade, na medida em que não conhece Deanna: os operadores da residência, a seu ver, estão mais aptos a enfrentar tal situação. Mesmo quando os operadores lhe transmitem, como exemplo de ansiedade, as fortes preocupações de Giovanni sobre seu depósito bancário, sua resposta (“... *ainda que se continuasse com as injeções, esse problema não estaria resolvido*”) demonstra certo “distanciamento” do caso, que será severamente reprovado pelo Tribunal de Bolonha. Essa atitude merece uma reflexão geral, até porque constitui uma problemática eventualmente presente nos serviços psiquiátricos: existe um afastamento organizacional, mas também conceitual, entre quem se ocupa dos estados agudos e faz “tratamento” e quem, ao contrário, se encarrega dos doentes crônicos e “faz reabilitação”. Essa circunstância pode criar equívocos e tensões. Os operadores da residência julgam que o psiquiatra, enquanto “médico assistente”, deveria se encarregar também das situações existenciais do paciente; o doutor Euro, ao contrário, parece se ver como um especialista de segundo nível, a quem não compete o cotidiano da vida do paciente. Os operadores da residência são postos em posição desfavorável, se encontram “sozinhos” na gestão das dificuldades. Todavia, mesmo a gestão da crise do paciente levanta algumas perplexidades. Alguns se perguntaram por que o psiquiatra diante de um paciente, que está delirando, que se mostra especialmente angustiado com o fantasma da morte, que recusa o tratamento, não tomou imediatamente a

decisão de internação. O comportamento de Giovanni, sua recusa, seu delírio, constituem um claro pedido de ajuda, da forma que pode manifestá-lo um paciente psicótico. Decerto não se pode pensar que a injeção de Moditen possa restabelecer, em curto prazo, a situação precedente, nem que uma dose de Clopixol consiga conter angústia tão intensa: é preciso uma dosagem farmacológica mais elevada e mais rápida. O doutor Euro não deveria se sentir em dificuldades diante de tais circunstâncias, até porque situações análogas são comuns no cotidiano dos serviços e sua gestão se impõe quase como rotina. Em linha de princípio, não se pode sustentar, porém, como afirmam os peritos, que naquelas circunstâncias fosse absolutamente necessário o Tratamento Sanitário Obrigatório. Com efeito, o paciente declara sua disponibilidade para o tratamento injetável, que se realiza pontualmente no dia seguinte, fazendo desaparecer as condições de obrigatoriedade do TSO. Talvez o doutor Euro se preocupasse exatamente em evitar, o mais possível, uma intervenção de grande impacto emocional como é a internação compulsória, que frequentemente deixa feridas psicológicas profundas no paciente. Mas, o problema não é o TSO: o problema é como responder a uma angústia tão intensa, durante aquelas primeiras horas, mesmo sem (atenção!) estar condicionado por nenhum pensamento subjacente sobre a periculosidade do paciente. Com efeito, é preciso poder contar com modalidades de tratamento que tenham a mesma eficácia de contenção do TSO, ainda que em um nível terapêutico mais elevado; é preciso dispensar uma atenção inteligente, respeitosa mas determinada, em torno do paciente; é preciso que os operadores se joguem pessoalmente, com coerência e convicção, a partir do psiquiatra, que deve dar sua própria disponibilidade de intervenção, 24 horas por dia. Por outro lado, é sabido que o próprio empenho do subordinado, que deve seguir as orientações, é sempre proporcional ao empenho de quem promove tais orientações. O erro do

psiquiatra, nesse caso, talvez se funde no fato de ter superestimado as possibilidades de contenção na residência e não ter exercitado a função, que seu papel exigiria, de verificar tais possibilidades. Nesse tipo de situação, teria sido ainda oportuno buscar a opinião dos colaboradores, requerer um parecer aos colegas, levar a questão aos dirigentes. Esses procedimentos, diga-se incidentalmente, também têm um valor instrumental, pois protegem o profissional em suas decisões, não o deixando só, e, sobretudo, fazem parte das indicações de boa prática em psiquiatria: trabalhar tanto quanto possível em equipe. O doutor Euro, na verdade, menciona ao colega de plantão a possibilidade de um TSO; tem-se a impressão, porém, a partir do comportamento do próprio médico de plantão, que a menção ficara abaixo de um verdadeiro sinal de alarme. Mas, o fator efetivamente decisivo para adotar naquelas circunstâncias, as escolhas mais idôneas residiam no conhecimento da história pregressa do paciente, no conhecimento das violências praticadas e sofridas. Nesse caso, Euro, sem dúvida, teria adotado critérios diversos de avaliação e teria dado à coordenadora, e indiretamente a Ateo a possibilidade de agir com prudência.

Em resumo, encontramos-nos diante de alguns erros clínicos; são erros involuntários, que fazem parte de acontecimentos não raros da prática médica e que poderiam ter sido evitados se outros mecanismos regulatórios e de controle tivessem funcionado: mas, infelizmente, isso não aconteceu. Quero ser claro e direto: quem sabe quantas vezes todos nós, eu em primeiro lugar, cometemos erros semelhantes, nos dando conta só depois de um tempo, ou até mesmo permanecendo sem consciência deles. Toda situação complexa expõe a riscos e, lamentavelmente, a erros. Mas, quantas outras vezes, ao contrário, resolvemos situações similares ou talvez muito mais difíceis, arriscando-nos pessoalmente e sem que ninguém nos tenha expressado um reconhecimento ainda que mínimo!

1.8. A vítima

Lembro de uma noite de verão, nas colinas de Ímola. O aniversário de uma das duas irmãs G. tornara-se a ocasião para celebrar, em sua bela casa de campo, a festa de fim de curso para educadores profissionais, do qual ambas tinham participado. Naquele dia, estavam presentes os estudantes e alguns de nós, professores. O clima era afetuoso; o *Sangiovese* e a *piadina*¹⁸ facilitavam a comunicação entre nós todos. Pusemo-nos a cantar e, a certa altura, Ateo (ele também um dos frequentadores do curso), com sua bela voz, entoou “Signor Generale” de De Gregori. Ao invés de todos juntos acompanharem a canção, como acontecera até então, dessa vez, todos escutávamos em silêncio e, ao final, os aplausos foram significativos. Ateo sempre soube se fazer estimado: era simples e generoso, sempre o primeiro a oferecer ajuda. Às vezes, porém, seu entusiasmo era excessivo, envolvia-se emotivamente de maneira intensa em algumas situações e perdia a paciência. Durante o estágio no *Osservanza*, várias vezes externou seu entusiasmo pelo modo com que se realizava a superação do Hospital Psiquiátrico. Tornara-se frequentador assíduo das iniciativas de desinstitucionalização. O trabalho cívico sempre fora uma tradição familiar e Ateo estava orgulhoso de mostrar mais uma vez seu empenho. O avô fora um socialista anarquista que dera o nome de “Ateo” a seu filho mais velho¹⁹. Quando “Ateo” morreu, como *partigiano*, na batalha de Purocele, sua irmã prometeu a si mesma que daria o mesmo nome a seu filho, o que efetivamente aconteceu: Ateo tinha o nome do tio, o herói, o mesmo nome escolhido pelo avô. Nosso Ateo começara a trabalhar apaixonadamente com jovens com necessidades especiais. Seu sonho era o de poder dirigir uma piscina, em que eles pudessem ter alguma atividade motora. Mas, alguma coisa não funcionou em seu trabalho no setor dos portadores

18 - [Nota à edição brasileira] O *Sangiovese* é um vinho tinto. A *piadina* é um tipo de focaccia. Ambos são produtos típicos da Romagna.

19 - [Nota à edição brasileira] O avô socialista anarquista era também anticlerical. Daí o nome “Ateo”, que significa “ateu”.

de deficiências físicas. Em algumas circunstâncias, queria fazer as coisas a seu modo e se colocava contra as recomendações dos pais dos jovens portadores de necessidades especiais. Em determinado ponto, houve uma denúncia contra ele por maus-tratos e o responsável pelos serviços sociais requereu seu afastamento, porque “... *lesara a imagem da capacidade assistencial dos Serviços Sociais Imolenses*”. A cooperativa social na qual estava inscrito como sócio, há um ano, o “transferira” para o setor que cuidava dos pacientes psiquiátricos, sem informar aos responsáveis pelo Departamento de Saúde Mental a verdadeira razão de tal decisão. Era um fato grave, considerando que o novo setor era ainda mais delicado e complexo do que o anterior. Os peritos do MP definiriam Ateo como inapto a desempenhar sua atividade com pacientes psiquiátricos, por características de temperamento.

O afastamento do precedente lugar de trabalho deve ter sido vivido por Ateo com grande perturbação, parecendo-me natural que buscasse, a todo custo, uma oportunidade de “resgate”. Assim, quando se tornou responsável pela segurança no interior da residência *Albatros*, Ateo se fez porta-voz do descontentamento dos operadores em relação à direção da cooperativa: ainda não fora aplicado o contrato nacional, as condições econômicas e sindicais dos sócios não eram boas, o trabalho era muito pesado. Pensara em ir ao programa de televisão “*Mi manda Rai 3*”, para denunciar a exploração dos operadores do terceiro setor na Itália, tendo inclusive começado a escrever uma carta a *Marrazzo*²⁰ para que seu pedido fosse acolhido. A coordenadora da residência, Laura M., no entanto, criticara várias vezes seu comportamento tendente muito mais a exasperar as contradições do que a resolvê-las. Escreveu uma carta aos dirigentes da cooperativa, afirmando que ele não estava apto a trabalhar naquele ambiente; requereu seu afastamento, sob pena de

20 - [Nota à edição brasileira] Marazzo era o apresentador do referido programa de televisão

ela própria se afastar. Além disso, Ateo estava estressado também por razões familiares: separado da mulher, tinha que cuidar do filho que lhe fora confiado. Embora contando com a ajuda da mãe e das tias, era certamente difícil conciliar as obrigações do turno de trabalho com as exigências de educação do filho. No entanto, sempre se mostrara firme no cumprimento dessa tarefa: as professoras da escola do filho se lembram dele como uma pessoa atenta e disponível. Quando, na *Albatros*, o trato com Giovanni foi se tornando dia a dia mais difícil, Ateo pensou que tal situação poderia ser a oportunidade para finalmente mostrar a todos sua capacidade. Nessa residência, ao contrário de outros contextos, não havia enfermeiros. Nesse caso, os remédios eram “autoassumidos” pelos moradores: o operador se limitava a preparar os remédios conforme as prescrições médicas. Na realidade, por hábito e praticidade, os operadores acabavam por ministrar os remédios, mas jamais deveriam forçar a situação. Diante de uma recusa do paciente, deveriam transmitir a informação para que fosse avaliada pelo médico assistente. Em caso de necessidade, enfermeiros deveriam intervir. Ateo, no entanto, tinha a impressão de que não havia tal necessidade no caso de Giovanni; procurava fazer com que suas preocupações e as dos colegas permanecessem letra morta. Por isso, decidira enfrentar pessoalmente o problema ligado à administração dos remédios: queria estar presente e insistia diante da recusa e dos subterfúgios de Giovanni. Como ele mesmo afirmava, *“levantava a voz e procurava aplicar a técnica do olhar intenso e prolongado na direção do paciente”*: a força do pensamento venceria a resistência do outro. Giovanni sempre se mostrara pouco receptivo em relação a ele, e, nos últimos dias, falando em dialeto, chegara a ameaçá-lo de morte. Ateo falara sobre isso com M., sua companheira, que ficara muito assustada. Mas, Ateo não demonstrara temer tal ameaça: era campeão de Tae-Kwon-Do, era medalha de ouro, e certamente não poderia ter medo de um velho. Talvez por tal razão não tenha falado das ameaças recebidas na reunião de equipe que tivera lugar naqueles dias, continuando,

sem hesitações, sua guerra particular para vencer as resistências de Giovanni. Como só posteriormente seria revelado, alguns moradores de uma casa próxima à residência chegaram a ver, de sua janela, um entrevero entre Giovanni e Ateo, durante o qual viram Ateo levantar a mão contra o paciente. Quando Ateo anunciou a Giovanni a morte de Deanna, a mulher por quem Giovanni se encantara, este perguntou se fora ele quem chamara “o rabeção”. Respondeu afirmativamente, sem dar importância ao comentário ameaçador de Giovanni: *“nunca mais você poderá fazê-lo no futuro”*. Na tarde do dia anterior ao incidente, houve o enésimo confronto entre os dois. A coordenadora da residência encontrou-os no banheiro do andar superior, para onde Giovanni provavelmente correria para cuspir os remédios, tendo Ateo o seguido. Giovanni atira um urinol contra Ateo, ameaçando-o de morte – trata-se de um acting-out, especialmente carregado de significados negativos. Ateo escreve no registro interno: *“... Desarmeio facilmente e lhe disse que não tinha medo... Permaneci imóvel, olhos nos olhos, na frente dele, e, logo depois, vendo que cedia, tentei trazê-lo de volta à realidade, levantando a voz e intimando-o a deixar de dizer bobagens”*. Ateo não se mostra alarmado. A coordenadora da residência intervém e leva Ateo embora, reprovando-o por ter se colocado em atitude de desafio em relação ao paciente. Pela primeira vez, Ateo concorda que talvez tivesse exagerado. À noite, depois do trabalho, Ateo se abre com uma tia, com quem havia deixado o filho, dizendo que um paciente ameaçara matá-lo com uma faca, mas acrescentando que não estava com medo. Queria simplesmente mostrar o quanto era difícil e duro seu trabalho, dizendo, no entanto, que tinha tudo sob controle. Na manhã seguinte, quando um colega está para subir ao quarto de Giovanni, para levar os remédios, interrompe-o e diz, com seu jeito um tanto irrefletido e generoso, que aquela é tarefa sua. Sobe as escadas... ao encontro da morte.

Dois dias depois, Laura M. é chamada pelos dirigentes da cooperativa, sendo convidada a rasgar, na presença deles, a carta

de denúncia que escrevera contra Ateo. Laura tem dúvidas, mas os responsáveis insistem: Ateo, dizem, infelizmente pagou muito mais do que devia por seu possível erro; agora é tempo de dor e há um órfão em quem se deve pensar. Laura rasga a carta. Confessará esse fato depois, em lágrimas, ao juiz, durante a audiência de 29 de setembro de 2005, a última do processo em que é acusada, estando presente exatamente T.R., a diretora da cooperativa. Diante das claras reticências da diretora, o juiz determinaria a remessa dos autos ao MP, a fim de que fosse avaliada a relevância penal das declarações prestadas por T.R. De fato, a cooperativa tentou se proteger das graves falhas cometidas. De todo modo, Laura não conseguiria evitar sua própria condenação e os membros da cooperativa não seriam julgados, em razão da prescrição. Na época das investigações, Laura declarara que o confronto entre Ateo e Giovanni na tarde anterior ao fato fora o único, mas isso não era verdade: os confrontos vinham de muito tempo, ainda que não com a mesma gravidade daquele dia. Os operadores da residência estavam especialmente desconcertados e amedrontados, experimentando raiva e “rancor” por um fato que questionava a declarada não-periculosidade dos doentes mentais. Não acreditavam que o que haviam escrito em seus registros não tivesse sido transmitido aos médicos do Departamento de Saúde Mental; criticavam a falta de informações sobre a história passada de Giovanni, sentindo-se enganados, entregues à própria sorte. Enquanto isso, crescia na cidade uma campanha política e midiática sobre o acontecimento, e os operadores eram solicitados a declarar nos jornais seus medos e suas críticas. Mas, dentre eles, está Florence, que deixa claro que seria preciso sim dizer toda a verdade, falando-se inclusive do comportamento equivocado de Ateo. Os operadores da *Albatros* ameaçam Florence, deixando claro que contradiriam qualquer declaração sua. Algumas semanas depois, Florence mandaria uma carta ao Ministério Público, denunciando o que presenciara. Convocada, mencionou inclusive as informações dos vizinhos da casa. Depois disso, pediria demissão da cooperativa.

1.9. O homicida

De Giovanni M. têm-se poucas e incertas informações. Nasce em Faenza, em 23/03/1941; primogênito, tem duas irmãs. Vivendo em Castel Bolognese, na Romagna, trabalha no campo com o pai. A agricultura na região caracteriza-se por lógicas intensivas, sobretudo no setor frutífero. O trabalho no campo em geral rende bastante, mas é especialmente duro e cansativo. O pai Carlo sofre de uma cardiopatia crônica, que o acompanhará por toda a vida, pesando nos momentos decisivos da vida de Giovanni. O pai parece ter uma personalidade forte e autoritária; a mãe Renata se mostra sempre muita ansiosa em sua relação com o filho. Em época não precisada, entre a adolescência e a juventude, Giovanni sofre uma tuberculose, que o atinge duramente no aparelho ósseo. Sofre uma cifoescoliose, vendo-se obrigado a usar um colete ortopédico. Podemos facilmente imaginar sua vivência de inferioridade e precariedade e talvez uma experiência subjetiva de deformidade. O serviço militar é muito breve; presumivelmente, Giovanni fora reformado. Aos 22 anos, sofre um mal-estar agudo, diagnosticado como uma intoxicação de natureza não precisada, embora a descrição dos sintomas permita a presunção de ter se tratado de um episódio psiquiátrico, talvez uma crise catatônica. No mesmo período, é condenado por furto pelo Tribunal de Ravenna; a sentença será confirmada pelo Tribunal de Apelação. Faltam informações a respeito, mas a coincidência do período permite presumir uma ligação entre os dois eventos. Aos 29 anos, dá-se o episódio decisivo da vida de Giovanni. Atravessando um período de crise existencial consequente a uma desilusão amorosa, Giovanni comete uma infração ao código de trânsito, ainda que bastante leve – violação ao T. U.²¹ das normas sobre circulação de veículos, art. 80 DPR no 393, de 15/6/1959 –, mas tem uma reação desproporcional diante dos policiais que o notificam da infração. Acaba preso por “resistência”, art. 337 CP. Seu comportamento

21 - [Nota à edição brasileira] T.U. – Testo Unico, isto é, Texto Único

piora; ele perde as estribeiras. Em seguida a uma perícia, que o considera “inimputável por completa enfermidade mental”, é enviado ao Hospital Psiquiátrico Judiciário de Reggio Emilia – estamos em 1970. Durante a internação, não quer ver a mãe, nem participar de qualquer conversa. Quanto mais a mãe se mostra ansiosa, insistindo na necessidade de que ele se alimente, tanto mais Giovanni recusa a comida. Em determinado ponto, Giovanni é obrigado a se alimentar com uma sonda. Podem se intuir complexas dinâmicas psicológicas na origem de tais comportamentos, ainda que faltem dados seguros. Certamente, a internação no Hospital Psiquiátrico Judiciário é totalmente desproporcional e inadequada. No exórdio de um processo psicótico (mesmo admitindo que a sintomatologia já tivesse se iniciado anteriormente), uma intervenção médica localizada e tempestiva teria produzido uma evolução positiva da situação. Mas, essa possibilidade não é facilmente encontrável nos anos 70, nem a família, dadas as condições econômicas e o nível cultural, parece apta a assumir o peso da situação. De um mal (a internação no Hospital Psiquiátrico Judiciário de Reggio Emilia), nasce um mal maior: a transferência para Aversa, após dois anos de tratamentos inúteis. Não se compreende a lógica de tal transferência, se não talvez por razões internas das duas instituições. A distância reduz os contatos com a terra de origem e com a família. Assim que chega a Aversa é agredido por um interno, sofrendo uma ferida perfurocontusa. Giovanni continua a recusar a comida: sintoma de negativismo típico da esquizofrenia ou também uma oposição à internação? Com frequência, é contido, amarrado, conforme os “normais” procedimentos dos manicômios; quando é submetido a terapias injetáveis, sempre se opõe com raiva. Nessa mesma época, registra uma cardiopatia mitral, talvez por razões familiares, talvez como consequência dos tratamentos farmacológicos a que era submetido.

Após mais dois anos, é transferido, por competência territorial, para o Hospital Psiquiátrico de Ímola. Em Ímola, é visitado pela irmã Federica, com quem é acordada a liberação, condicionada, no entanto, à assinatura de responsabilização por parte do pai. No

último momento, a liberação é adiada devido a uma superveniente doença do pai (verdadeira? uma desculpa?). Os longos períodos de internação, em geral, tornam mais difíceis as liberações dos pacientes psiquiátricos, na medida em que, com o tempo, novos equilíbrios se constroem no âmbito familiar. Giovanni vive muito mal esse adiamento, demonstrando-o com a piora de suas condições psíquicas. Um dia, tenta a fuga, mas é facilmente alcançado na estação ferroviária. De seu prontuário, percebe-se a presença de sintomas extrapiramidais, presumivelmente devido a uma dosagem excessiva de psicofármacos. São situações de mal-estar difuso, às vezes extremamente angustiantes, que acabam por determinar uma atitude de suspeita e recusa em relação aos remédios. Registra-se, além disso, uma reagvação pulmonar do processo tuberculoso. Transferido para a enfermaria 9, seu comportamento psíquico sofre notável piora. É descrita uma tentativa de estrangulamento do médico da enfermaria: fala-se em uma agressão aleivosa, mas falta uma descrição dos fatos que torne compreensível a dinâmica do evento. A este ato violento, segue-se outro, pouco depois, contra um interno. Nesse período, Giovanni tem febres altas e mostra visível emagrecimento. Em seguida, de determinado momento em diante (conforme a lógica das anotações nos prontuários, que documentam somente a violência, os sintomas de doenças, psíquicas ou físicas, e qualquer bizarrice!), registra-se que o paciente se alimenta quase exclusivamente de bifés e *cappelletti*²². A nota parece querer ressaltar um comportamento esquisito, maneiroso, mas que talvez, na realidade, correspondesse a uma necessidade nutricional (e psicológica)²³ de Giovanni, a ser justamente satisfeita. Um dia, Giovanni é transferido para outra enfermaria, essa dirigida pelo doutor Giorgio A.: trata-se de uma enfermaria aberta. O doutor A., coerentemente com suas

22 - [Nota à edição brasileira] *Cappelletti* é uma massa com recheio de carne, em forma de chapéu (*cappello*), típica da cozinha emiliana.

23 - [Nota à edição brasileira] Aqueles únicos alimentos aceitos por Giovanni são tradicionalmente servidos em dias de festa ou para doentes convalescentes necessitados de recuperar forças.

próprias convicções, rejeita a violência manicomial, assim rejeitando, corajosa e solitariamente naqueles anos, qualquer contenção dos pacientes e qualquer trancamento das portas da enfermaria. A melhora de Giovanni naquele contexto “aberto” é rápida e evidente. Seu comportamento se modifica positivamente. Inicialmente, vai ao parque do hospital sozinho e, depois, furtivamente, mas com a implícita aprovação dos médicos assistentes, sai do hospital, até que recebe autorização para ir autonomamente à cidade para fazer compras. Em julho de 1978, é liberado. Nessa época, o pai já havia morrido e em casa permanecia somente a mãe. Mas, as coisas logo vão mal. É especialmente nas relações com os vizinhos que surgem os conflitos mais difíceis (certamente, Giovanni não tem uma boa fama!), embora também se comprometa o relacionamento com a irmã Federica. Chega-se dramaticamente a nova internação no Hospital Psiquiátrico. É um período de grande tensão, talvez porque Giovanni viva com profunda frustração a falência da liberação tão longamente cobijada. Luta contra as injeções, mostra-se agressivo. Parece “gravemente dissociado”, “não tem consciência do estado de doença”, empreende uma “tentativa de agressão contra um enfermeiro”. Entre outubro de 79 e março de 81, em obediência à nova lei da reforma psiquiátrica, é transferido para uma enfermaria hospitalar (*Villa dei Fiori*). Mesmo nesse contexto, assume um comportamento negativo. Recusa-se a ir ao banheiro e joga as próprias fezes pela janela da enfermaria. O gesto, “aparentemente” um sintoma de descompensação psicótica, desaparece quando Giovanni é colocado em um quarto que tem anexo um banheiro próprio: talvez fosse um modo de responder a temores fóbicos e a temores de contaminação e transmissão de doenças (alguns povos primitivos se recusam a misturar as próprias fezes com a de estranhos!). Naqueles dias, vivia-se um momento de transição institucional: estava para acabar a prorrogação das internações consentida pela lei 180, e era preciso estabelecer quem deveria reingressar no regime do velho manicômio e quem, ao contrário, não deveria mais voltar para lá. Giovanni é destinado a

retornar definitivamente para o manicômio. Volta para a enfermaria 9, onde, como documentado no prontuário, frequentemente é trancado no quatinho de contenção, *“especialmente quando há escassez de pessoal da enfermagem²⁴”*. É experimentada uma terapia long acting, que, no entanto, acaba sendo interrompida pelos efeitos extrapiramidais negativos.

Transferido, em 1984, para nova enfermaria, a enfermaria 5, *“melhora sensivelmente, vai sozinho ao parque, está tranquilo e disciplinado”*. Retoma a terapia long acting, que, dessa vez, tolera e continua sem posteriores interrupções. Sai sozinho, inclusive para a cidade. Em 1987, muda a direção do Hospital Psiquiátrico e progressivamente se iniciam relevantes mudanças estruturais. *“Giovanni trabalha no bar do Centro Social do hospital, onde faz a limpeza; é sociável e bem-humorado. Guarda o dinheiro que alguns enfermeiros lhe dão por pequenos serviços: abre, sozinho, uma conta corrente em um banco de Ímola”*. *“Sai de férias com outros internos e enfermeiros em uma temporada nas montanhas”*; também nessa ocasião, *“mostra-se comunicativo e autossuficiente”*. O médico da enfermaria fala de uma possível liberação. *“Participa com entusiasmo e grande empenho nos laboratórios para a preparação das festas e das atividades voltadas para a sociedade”*. *“Todas as tardes, vai sozinho para a cidade”*; mostra-se *“até mesmo irônico e brincalhão”*. Melhoram os exames de laboratório para a TBC e para a cardiopatia, embora subsistam tremores e rigidez de impregnação farmacológica. É reduzida a dosagem de flufenazina, mas, depois, retoma-se a posologia anterior.

Em 30/12/95, Giovanni é definitivamente liberado do Hospital Psiquiátrico, com diagnóstico de *“Síndrome residual de psicose esquizofrênica”* e vai viver na residência *“Albatros”*, situada no centro da cidade de Ímola e administrada por uma cooperativa. Como os demais moradores da residência, Giovanni escolhe seu próprio

24 - [Nota à edição brasileira] As palavras em itálico reproduzem literalmente o que consta do prontuário clínico de Giovanni.

médico clínico, alguém de sua confiança. No que se refere à terapia psiquiátrica, inscrito no processo reabilitador de que participa como ex-interno, terá de se dirigir aos psiquiatras do Centro de Saúde Mental de Ímola. A psiquiatra que o segue pede a uma colega que se encarregue dele, na medida em que Giovanni demonstrara não aceitar facilmente a relação com ela. É uma decisão legítima, tomada com a intenção de melhorar a relação terapêutica. Na residência, Giovanni realiza algumas tarefas: põe a mesa, leva os sacos de lixo para as caixas coletoras. É bastante autônomo em sua vida na cidade: vai regularmente aos melhores cafés, vai com frequência à “sociedade da bocha”, local de reunião muito frequentado, vai com frequência à “*Baracchina*” no Parque das Águas Minerais, agradável local no interior do autódromo. Leva, em suma, uma vida semelhante à dos tantos aposentados da cidade.

No interior da residência tem um comportamento de cumplicidade com os operadores: com frequência, convida-os a jogar cartas e a conversar. Mas, com as operadoras é um tanto invasivo, com avanços de caráter sexual. É deselegante, desajeitado, vê-se que não “entende da coisa”. Mais de uma vez, é preciso chamar sua atenção. São poucas as pessoas que se sentem à vontade com Giovanni. Em geral, os operadores devem controlar sua própria contratransferência. Dir-se-á que tudo isso é uma patomímia da doença – “a inafetividade, o narcisismo do esquizofrênico” – e que o erro de fundo dos operadores estaria baseado exatamente no desconhecimento de tal patologia. Mas, pode-se pensar também que o próprio peso atribuído ao diagnóstico tenha tornado secundário o esforço voltado para tornar Giovanni consciente de seus próprios limites de caráter. A relação de Giovanni com a comida continua problemática: Giovanni é exigente, e, sobretudo, desconfiado. Quer alimentos embalados, quer assistir à preparação dos pratos e ser servido separado dos outros moradores. Para atender suas exigências, é-lhe consentido o acesso à cozinha e a preparação dos próprios pratos; com isso, mostrar-se-á, por longo tempo, mais tranquilo e confiante. Segundo os peritos do MP, no

entanto, apenas se ofereceu a um paranóico a possibilidade de se apropriar de facas. Outro tema de constante confronto diz respeito à ingestão oral dos remédios, objeto de contínuas discussões. A controvérsia é a evidenciação de uma crise de relacionamento com os profissionais assistentes, dado o alto valor simbólico ínsito na “*compliance*” ao tratamento. Giovanni acha que os remédios lhe fazem mal e, na verdade, mostra certa rigidez na mímica, certa disforia subjetiva, provável consequência de uma intoxicação crônica por psicofármacos ou de um excesso em sua dosagem. Em relação aos demais moradores da *Albatros*, Giovanni, às vezes, mostra-se arrogante, demonstrando particular aversão por alguns deles, que, em seu aspecto físico alterado, trazem a evidência dos sinais da doença. Chega a parecer que, recusando qualquer contato “contaminador” com os pacientes mais claramente estigmatizáveis, queira demarcar seu estranhamento em relação ao mundo da doença... E, todavia, pela primeira vez em sua vida, instaura uma relação de amizade profunda com uma mulher: com Deanna, uma moradora extremamente dócil, gravemente cardiopata. Ele e Deanna passeiam juntos na cidade, de mãos dadas; isolam-se na varanda; trocam palavras afetuosas.

Após uma reorganização da equipe do Serviço de Saúde Mental, em outubro de 99, Euro P. substitui, como médico psiquiatra, a colega que estava seguindo Giovanni. Depois de alguns meses, o novo psiquiatra julga oportuno reduzir a dosagem farmacológica de Giovanni. Naquele período, a residência atravessa um momento especialmente difícil: um paciente está em crise e deixa todos os operadores e moradores um tanto tensos. “P. – lê-se no livro de registros – *ameaçou Giovanni com um punho fechado repetidas vezes. Por essa razão, Giovanni se apropria furtivamente de uma faca de cozinha*”. Os operadores se dão conta e lhe tomam a faca. Giovanni responde: “*conscientemente, que a usaria como arma de defesa se P. o agredisse*”. Aos olhos dos peritos, esse episódio assumirá o valor de um gesto patonômico de doença e consequente periculosidade. Sem dúvida, o gesto é inquietante, mas seria

preciso considerar também seu valor dissuasório em relação a P.: naquele período, é P. que suscita muito medo entre os moradores da residência. Há ainda um acontecimento que assumirá, a posteriori, uma interpretação negativa por parte dos peritos: a “suspeição delirante” de Giovanni em relação à quantia que depositara no banco. Nos primeiros anos após o fechamento do hospital psiquiátrico, a direção do DSM conseguiu que o orçamento anteriormente usado para pagar as despesas de internação no hospital psiquiátrico fosse inteiramente mantido para pagar as despesas de ressocialização fora do hospital. Passados alguns anos, porém, a direção da Empresa Sanitária Local, por exigências orçamentárias, impõe aos liberados do hospital psiquiátrico uma co-participação nas despesas de gestão das estruturas locais. A direção do DSM protesta energicamente, defendendo a tese de um justo ressarcimento em relação aos ex-externos do manicômio. Mas, todo o esforço mostra-se inútil! Por outro lado, são poucos os familiares que protestam, enquanto os curadores dos pacientes (que, em sua maior parte, são representados pela única figura do Prefeito de Ímola) nada objetam ao dispositivo. Por essa razão, Giovanni também é obrigado a pagar uma quota mensal por sua permanência na residência: a soma é diretamente descontada de sua conta bancária. Quando é acompanhado pelos operadores da residência ao Escritório de Gestão Monetária junto ao DSM, onde se tratam das operações financeiras que dizem respeito aos moradores da residência, e lhe são dadas as explicações, Giovanni demonstra todo seu desapontamento. Quando, por isso, Giovanni repetidamente afirma “...*levaram meu dinheiro e querem que eu pague*”, expressa, ainda que de modo delirante, um indiscutível dado de realidade. Tendo em conta sua personalidade suspeitosa e “anal” (segundo a terminologia psicanalítica), o efeito desse desconto do dinheiro não poderia ser outro senão uma descompensação: traz de volta o peso de uma realidade institucional que continua a subtrair-lhe tudo – a liberdade, a vida, o dinheiro.

Mas, ainda mais grave é o suceder-se de três eventos fúnebres,

todos por razões naturais, em um breve arco de tempo, dois deles nos últimos dias. Dentre as mortes, está a de Deanna. A dor profunda é acompanhada por um sentimento de depressão, mas também pelo medo e temor pela própria saúde. “... *Aqui querem nos matar a todos; mataram minhas mulheres, mataram Deanna*”. Conforme a coordenadora “*Ele me acusou (delirando) de tê-la matado...*”, Giovanni manifesta, em um crescendo dramático, claros sintomas de piora. “*Não aceita nenhum tipo de diálogo, olha continuamente em volta, observando tudo e todos*”. Diante de suas ameaças, os operadores se mostram em dificuldades; o embaraço deles acaba por confirmar os temores de Giovanni. Mas, seus temores persecutórios se materializam em toda sua pregnância no comportamento de Ateo, que, a seus olhos, se torna um verdadeiro inimigo. O mesmo Ateo, vale ressaltar, com quem sempre teve uma relação conflituosa. O desentendimento agora se torna uma espécie de desafio. Giovanni diz claramente que, se não o deixar em paz, matá-lo-á. Chega a especificar que o matará com uma faca. Grita, na sua cara, que “*quer viver*”. Giovanni se sente só, encurralado, sem saída, sente que seu jogo com a morte chegou ao fim e... a morte chega dramaticamente.

Depois daquele dia, qualquer contato com a realidade se interrompe. Giovanni é “totalmente incapaz de entender e querer”, não é mais uma pessoa, agora é um estereótipo, é um louco perigoso, é o monstro que agita nossas angústias. Por telefone, sua irmã Federica grita: *Não quero nada com ele. Encerramos qualquer relação há muitos anos!* É fotografado, tem pernas e braços amarrados à cama, é despachado para o Hospital Psiquiátrico de Montelupo Fiorentino, é vigiado. Na entrevista com os peritos, Giovanni se mostra tomado por delírios e medos: privado da responsabilidade por seus gestos, é privado do decorrer do tempo. Diz: “*já estou morto*”. Mais do que um delírio, essas palavras parecem uma reflexão sobre o trágico destino que o persegue e que chegou a seu ato final. “... *Rivière se julgava morto e não queria ter qualquer cuidado com seu corpo; acrescentava que desejava que lhe cortassem o pescoço, o que não lhe causaria*

nenhum mal, pois já estava morto". Aconteceu aquilo que Giovanni sempre tentara negar a si próprio e contra o que lutara grande parte de sua vida: ser um louco perigoso, que deveria ser internado em um manicômio judiciário. A profecia se realiza, a derrota é irremediável: agora, ele está no "buraco negro" do HPJ. Giovanni sempre lutou contra um pai-patrão: lutou contra o próprio pai, que também era o dono do terreno agrícola em que trabalhava; contra o pai que o deixou ficar no hospital psiquiátrico, quando poderia ter sido liberado; lutou contra os tribunais que o condenaram, contra o agente que lhe notificara pelas infrações; lutou contra os psiquiatras que lhe provocaram angustiantes crises dislétricas; lutou contra o educador profissional que queria demonstrar ser mais forte do que ele. Lutou e continuará a lutar, de cabeça baixa, até à morte, para não tomar consciência de que todos seus esforços foram inúteis e que os outros é que tinham razão...

Qualquer consideração sobre a importância decisiva de dosagens farmacológicas que pudessem ter evitado o homicídio encontra a prova que a esvazia nos dias e meses sucessivos: a terapia retomada não tem a mínima incidência sobre as condições psíquicas do sujeito. Não obstante submetido a tratamento long acting, manifesta notável agressividade e "*escasso controle da impulsividade*". Em 8 de fevereiro de 2003, o paciente é transferido para o HPJ de Nápoles, onde permanece internado até 4 de abril de 2003. Mas, os comportamentos agressivos não mudam nem mesmo após a sucessiva transferência para a homóloga estrutura de Reggio Emilia. Aqui, a agressividade do paciente não permite que os profissionais da saúde nem mesmo se aproximem para retirar-lhe sangue para exames. Durante todo o período de sua detenção nos três Hospitais Psiquiátricos Judiciários, o paciente é submetido a uma terapia farmacológica maciça e constante, mas sem êxito. Quando os episódios de agressividade se atenuam, isto parece depender de mudanças ambientais e de relacionamentos, muito mais do que do aumento de remédios. Paradoxalmente, a retomada terapia só incide,

e negativamente, sobre suas condições físicas: aquelas condições que Giovanni sentia estarem ameaçadas pelos remédios e que o psiquiatra assistente, de alguma maneira, preocupara-se em defender.

Em 23 de setembro de 2003, Giovanni morre no HPJ de Reggio Emilia, por *“choque hemorrágico provocado por significativa hemorragia digestiva, derivada da fistulização de um vaso mediastínico de volumoso divertículo para-esofágico”*. Também dessa vez é o escapamento de sangue que leva embora uma vida. Mas, dessa vez, o sangue brota dentro, invade e comprime os órgãos, entope a traquéia... Infinitos átimos de angústia; átimos de puro terror. Giovanni M. morre aos 62 anos, morre em um manicômio judiciário, no lugar para onde jamais deveria ter ido, nem 30 anos antes, quando a lei 180 ainda não existia, nem depois do homicídio, em 2000, 22 anos depois da promulgação daquela lei.

1.10. Um artigo na imprensa

De SABATO SERA, revista semanal. Ano XXXIX. Nº 26. 24 de junho de 2000. Sede: Viale Zappi 58, Ímola.

“Ausências e presenças: Intervenção de Ernesto Venturini, responsável pela Saúde Mental”.

Esse ano transcorre o décimo aniversário da primeira residência surgida da superação do Hospital Psiquiátrico de Ímola – *“Cà del Vento”* –, nascida de um pacto de solidariedade, estipulado com grande intensidade e emoção entre os operadores do Sistema Sanitário, os pacientes e os habitantes dessa cidade. Experiência emblemática e original, correspondente ao recíproco reconhecimento de um papel ativo, desenvolvido na definição e na defesa da saúde. A partir daquele momento, outras importantes passagens de grande

intensidade simbólica, como a festa do “Sal e das Árvores²⁵”, cumpriram-se em um longo caminho, que atravessou a cidade, procurando corresponder às necessidades de saúde, mas também às concernentes à contratualidade social dos portadores de desconfortos psíquicos.

No início desse ano, diante de condições sociais alteradas; diante de uma atitude às vezes ausente e distraída da comunidade, indagamo-nos sobre como criar novas ocasiões que favorecessem a renovação daquele pacto. De um ponto de vista institucional, os Planos locais de Saúde, previstos pelo Plano Sanitário Regional, pareciam favorecer essa possibilidade. Botamos em campo algumas iniciativas, esperando atingir o quanto antes um momento forte – um debate público sobre a Promoção da Saúde Mental – que pudesse envolver o máximo de sujeitos possíveis.

...As circunstâncias alteraram esse percurso. Após o trágico evento de 24 de maio, nada mais parece ser como antes! Iniciou-se um debate diverso daquele originariamente previsto, conduzido principalmente pelos *mass media*, feito de acusações, de retaliações, de tensões, onde se notam, vez por outra, algumas presenças e algumas ausências. Infelizmente, C.A. está ausente!

As palavras, diante dessa ausência – real, irrecuperável –, perdem qualquer significado; parecem inidôneas. Pode-se apenas balbuciar as próprias perdas e dores. A consciência, extraída da análise dos fatos, de se estar diante de um acontecimento imprevisível, não atenua um sentimento de mal-estar e desconforto. Marteladoras perguntas

25 - [Nota à edição brasileira] No dia do fechamento definitivo do Hospital Psiquiátrico de Ímola, os ex-internos e os moradores da cidade jogaram sal nas velhas enfermarias, para que o sal jogado na terra impedisse qualquer crescimento de novos cultivos. Ao mesmo tempo, plantaram novas árvores em cada residência substitutiva do manicômio, como símbolo de uma nova vida.

acompanham todos os nossos momentos: era possível fazer algo mais? O que faltou?

Procurar substituir uma ausência com uma presença é um sentimento natural, imediato. Poder-se-ia pensar, então, em se instituir uma bolsa de estudos, um prêmio para os operadores do setor sócio-sanitário, que levasse o nome de C.A., que o recordasse, que mantivesse viva sua memória...

Mas, também está ausente outra voz: a que alguém já definiu como a voz do “delinquente”, a de M.G., o autor da facada, o “louco furioso”. Um destino iníquo reapareceu zombeteiramente, exatamente quando parecia derrotado para sempre...Fomos incapazes de ajudar M.G. Seu refúgio na psicose evidencia nossa impotência e golpeia nossa presunção: pensamos que a reabilitação posta em prática tivesse dado conta das feridas do manicômio... Mas, para alguns, aquelas feridas são demasiado profundas, são insanáveis. Se Primo Levi²⁶ – ele, tão privilegiado, amparado pelos afetos e pela cultura – não pôde, em última análise, suportar a ferida do holocausto, é de se concluir que um grande desespero pode manter suas tramas, mesmo depois do fechamento do manicômio.

Mas, não se pode jogar sobre G.M. toda a responsabilidade do gesto: G.M. não pode se tornar o fácil bode expiatório de tudo. Por essa razão, penso dever me colocar a seu lado, em fazer minhas as suas “razões”, em com-partilhar com ele a condenação da parte dos outros. Meu dever de médico é o de estar ao lado do paciente até o fim, sem distinções e, como dizia Basaglia, sentir na própria pele o desprezo que em geral acompanha os gestos dos loucos.

Com efeito, nesses dias, estão ausentes exatamente as suas

26 - [Nota à edição brasileira] Primo Levi foi um conhecido escritor judeu, sobrevivente de Auschwitz, autor de um dos mais belos livros sobre o holocausto – “Se questo è un uomo” –, que, muitos anos depois da guerra (em 1987), suicidou-se.

vozes: as vozes dos pacientes, convidados a não se fazer ver, recolhidos em suas instituições, “estranhos” naquelas ruas e naquelas praças que acreditavam ter o direito de frequentar. Alguns serão transferidos de uma estrutura para outra, apenas em nome de sua história, não de suas necessidades ou seus direitos. Nas residências surgidas do fechamento do hospital psiquiátrico vigora a insegurança. Quem sabe quanto tempo levará para se recuperar a naturalidade que acompanhou sua existência nesses últimos anos. Quão distante está o tempo em que os pais dos jovens estudantes reivindicavam, com energia, que os professores fizessem seus filhos participar da realização comum, entre ex-pacientes e estudantes, de algumas representações teatrais!

Está ausente, nesse debate, o otimismo, aquele sentimento de profunda alegria que experimentamos no dia do “Sal e das Árvores”, aquele sentirmo-nos protagonistas de um processo coletivo de restituição de direitos, aquele perceber nos fatos a concretude da mudança! Aliás, também está ausente a memória do manicômio. Esquecemo-nos (mas talvez alguém jamais os tenha visto!) daqueles enormes dormitórios, os gritos, o cheiro de urina, os quartos de isolamento, aquela prisão que a todos acomodava, pacientes e operadores, e que, com grande abnegação e competência, muitos operadores tentaram, durante tantos anos, atenuar ou derrotar. Hoje, fala-se de qualidade de vida, de resultados e finge-se não lembrar qual foi o ponto de partida desse processo – e foi há tão pouco tempo! Por outro lado, está presente o medo, a raiva; está presente uma espécie de delírio, simétrico ao de G.M., que nos faz inimigos uns dos outros, em busca de bodes expiatórios que possam aplacar nossa incerteza. Está presente, nesse debate, a “velha” psiquiatria e suas categorias de imprevisibilidade e impossibilidade de recuperação. Com efeito, fixar a atenção nas residências foi

algo totalmente instrumental: o acontecimento se identifica, até certo ponto, com o risco da liberdade do paciente liberado, dizendo respeito a situações onde tal risco não é previsto. Diz respeito, por exemplo, ao mundo dos sãos (dá calafrios constatar, nesses dias, quantas coisas tidas como “*raptus*” que acontecem na vida de tantas famílias sãs!), mas diz respeito ainda aos lugares de custódia, onde vigora a violência (nos velhos manicômios, por exemplo, mas também nos atuais Serviços de Diagnóstico e Tratamento). O paciente psiquiátrico não é violento, mas a situação psiquiátrica, sim! Há “lugares” de marginalização, de grande sofrimento (a situação psiquiátrica, o cárcere, o mundo dos tóxico-dependentes, etc.), para onde se canalizam todas as contradições sociais, as necessidades psicológicas não resolvidas, tudo aquilo que perturba a imagem de certa ordem e certa “limpeza”...situações explosivas e violentas. A periculosidade não é um fator individual: é uma consequência da situação global, em cujo interior a experiência individual se declina. A situação psiquiátrica contém, portanto, o risco da violência, mas a resposta não pode ser violenta: deve desatar o nó das contradições e reconduzir a situação às suas possibilidades de cura.

Por que eu quis falar disso? Para ressaltar o valor de uma profissão, a psiquiatria, onde os operadores, dia a dia, destrincham situações difíceis e complexas (não muito diferentes, às vezes, da que hoje mobiliza nossa atenção), fazendo-o com grande profissionalismo e dedicação. Falo dos psiquiatras, dos enfermeiros, dos assistentes sociais, dos educadores profissionais, do pessoal de serviço, de todos aqueles que trabalham no Departamento de Saúde Mental de Ímola. Falo de um serviço não autorreferenciado, preocupado em se dotar de instrumentos de garantia de qualidade, voltado para uma medicina baseada em evidências, um serviço integrado

a outros serviços da Empresa e que procura contribuir para o alcance de seus objetivos sanitários. Um serviço imperfeito (é certo!), como organização e instituição (ainda que alguns talvez vejam demasiados argueiros em nossos olhos e não vejam as traves nos seus!), mas aberto a mudanças. Mas, então, onde está a origem do mal-estar dos operadores das cooperativas, que se mostra tão presente e difuso?

Antes de tudo, seria preciso limpar o terreno de uma espécie de representação das residências como uma terra de ninguém, abandonada à própria sorte. Houve momentos de formação, de supervisão, houve um grande trabalho com os moradores e a comunidade exterior (estudos sob o impacto social, sobre a qualidade de vida nas residências); há uma organização que prevê um sistema articulado de comunicação: o operador pode expressar suas dúvidas ao coordenador da estrutura, falar com a assistente social, com o psiquiatra comunitário; há as reuniões semanais do *staff* e das equipes, e outras quinzenais e mensais. Ainda que os operadores denunciem um mal-estar, devem ser atentamente ouvidos. Representam o ponto mais frágil da organização, o que está submetido ao peso maior das contradições sociais e econômicas, mas expressam reivindicações reais. Portanto, algo faltou! Certamente, não a atenção clínica, nem o sistema de regras ou protocolos, tudo formalmente presente. Talvez o que tenha faltado tenha sido “o grupo”, e com isso não quero dizer o trabalho de equipe, sem dúvida necessário; quero dizer o “cimento ideal” que dá sentido e motivação ao agir de um grupo, que dá sentido de pertencimento, que faz com que não nos sintamos sós. Aquela idéia que agrega pacientes e operadores em um projeto de liberdade e direitos. Quando esse sentimento permeia em um grupo, os erros de distorção comunicativa diminuem; é mais fácil tratar do outro; suas razões estão mais próximas; as paranóias e delírios, ínsitos

em qualquer relação, atenuam-se. A psicose é forte demais para que possa ser enfrentada individualmente! Quando não há estabilidade na equipe, quando não há memória histórica dos acontecimentos, o grupo está ausente.

Quem deveria ter providenciado essa “idéia”? Certamente, não alguém individualmente: essa idéia é um processo complexo, gerado por várias situações e várias pessoas, gerado dentro de um campo social. Essa idéia nasce da relação com a cidade, da maneira com que a cidade olha para esses lugares, reconhecendo-os como parte de si. Creio, por exemplo, que o “modelo *Cà del Vento*” tenha uma força intrínseca relevante, que ajude a evitar recuos ou inércias. Por que então não se reproduziu em outras circunstâncias? Simplesmente porque não se encontram outros cidadãos dispostos, como em “*Cà del Vento*”, a compartilhar, em fatos e palavras, as razões dos mais fracos. Dissemos tantas vezes que a solução das residências para superação do hospital psiquiátrico é análoga a diversas experiências européias. Mas é verdade que o processo em Ímola se realizou com uma especificidade: o envolvimento ativo da população e das cooperativas sociais de iniciativa privada. Como teria sido possível operar uma transformação, sem que se tivesse em conta os extraordinários recursos presentes no tecido social dessa cidade? A riqueza da realidade imolense (e, vale ressaltar, também sua riqueza econômica) tem como ponto de referência exatamente seu capital social. As residências, de que estamos falando, nascem da cultura da solidariedade, dos valores de confiança e reciprocidade. E, pensando bem, o que hoje é criticado não é exatamente o peso atribuído a esses valores no processo de superação do hospital psiquiátrico? Não seriam esses valores o que se pretende deixar de lado, como anacrônicos e fantasiosos?

Escuto com atenção as várias razões e creio ter muito a

aprender, embora não me pareça que a idéia de criar uma “casa” para quem foi liberado do hospital psiquiátrico seja intrinsecamente equivocada. Não me parece que se deva envergonhar do que foi construído nesses anos, nem que haja uma culpa a esconder nesses dias.

Pessoalmente, sinto-me orgulhoso por ter participado, junto a tantas outras pessoas, do nascimento da “Cà del Vento”, da “Pascola”, da “Casa Basaglia”, da “Cà del Picchio”, de “Samarconda”, de “Albatros”, dos grupos de Apartamentos situados em Ímola, do “Autogestito” e do “Lollipop”; sinto-me lisonjeado por ter contribuído para o nascimento da “Cà del Faro”, de “Primo Vanni”, de “Macondo”, do “Hotel Selice”, de “Leandra”, de “Forniolo” e da “Casa Sintoni”. Os resultados desse trabalho coletivo podem ser lidos por todos; foram documentados por trabalhos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais. A própria leitura dos “projetos reabilitadores”, operados pelo pessoal das cooperativas nas residências, testemunha um elevado grau de sucesso. Tenho grande reconhecimento por quem favoreceu esse processo (a AUSL, a Região, mas, sobretudo, os operadores, a população, os familiares, os usuários). Agradeço às pessoas que, nesses anos, puderam conhecer e apreciar...pessoas como Ateo e Edoarda, cuja carta continua a me ajudar nos momentos difíceis e amargos...

“Castrocaro, 27 de setembro de 1997

Sempre nos chamaram de loucos, mas sofremos durante nossa existência e, agora, estamos velhos e queremos lhes dizer que somos normais. Trabalhamos em nossa casa e a conta não vai para as casas de vocês. Viemos para cá e, depois de ter estado em Ímola, sentimos-nos em férias. Alguém confiou em nós e nos deu essa casa e nós cremos naqueles que confiam em nós. Quando saímos, não nos sentimos odiados, sentimos a curiosidade das pessoas

que nos olham, mas isso não nos incomoda; e deveria ser assim também para os outros. Passamos os dias como se estivéssemos em nossa casa: pela manhã, fazemos os trabalhos de casa, vamos às compras, compramos pão, frutas e assim aprendemos para quando estivermos sós. Vamos dormir quando queremos, comemos o que nos apraz, como nas casas de todas as outras pessoas. De manhã à noite, nos divertimos com alguma coisa, em harmonia; desde a primeira hora, quando acordamos, até à última hora, quando vamos dormir. Tudo isso nos faz sentir em uma casa e nos faz felizes: a felicidade, para nós, é poder aproveitar as coisas que nos faltavam no manicômio!”

Edoarda L. (moradora da “Cà del Faro”)

2. As perícias

Relato a seguir as perícias oficiais promovidas pelo Ministério Público e pelo GIP do Tribunal Penal e Civil de Bolonha. Exponho integralmente os quesitos e as conclusões das quatro perícias, mas, em relação ao restante de seu conteúdo, reproduzo apenas algumas frases. Tenho consciência dos limites ínsitos em qualquer extrapolação; peço desculpas, mas ressalto o esforço exercido para aderir, o quanto possível, ao sentido literal do texto. Por outro lado, não pretendo contestar a correção profissional do trabalho desenvolvido pelos colegas. Proponho-me simplesmente, partindo do material produzido, desenvolver uma leitura diversa da operada pelos peritos, que influiu decisivamente nas sentenças dos juízes. Simplesmente utilizei uma chave de leitura da doença mental diversa da deles.

2.1. Perícia do consultor técnico do MP sobre a imputabilidade e periculosidade social de M. G.

Em 24/5/2000, eu, abaixo-assinado, Dr. A.R., fui convocado pelo Dr. S.O., Procurador da República Substituto de Bolonha, ao Escritório do Comissariado de Polícia Estadual de Ímola, na qualidade de consultor técnico do MP, a fim de realizar avaliações psiquiátricas em relação à consumação do homicídio de C.A., ocorrido naquela mesma manhã na “Comunidade *Albatros*”, onde a vítima desenvolvia a função de educador, por parte de M.G., um dos moradores da estrutura. Após ter sido informado dos fatos e participar, juntamente com o MP, de uma primeira vistoria na mencionada Comunidade, foi-me formalizado o seguinte encargo:

- queira responder o consultor se M.G. era, no momento do fato, capaz de entender e/ou querer, ou se, por defeito

mental, sua capacidade deva ser tida como excluída, ou diminuída e em que medida;

- queira responder se M.G. deva ser atualmente considerado socialmente perigoso;

- queira referir o que mais for útil para os fins de justiça.

O MP recomendou ainda que os quesitos relativos à imputabilidade e à periculosidade social fossem prontamente respondidos, ainda que parcialmente...

São as seguintes as conclusões da perícia:

...Com base no quanto acima exposto e discutido, julgo poder confirmar as respostas preliminares aos quesitos que me foram formulados, nos seguintes termos:

- à época dos fatos, M.G. incorria, por doença mental (esquizofrenia crônica em fase de reagravação), em condições de total exclusão da capacidade de entender e querer;

- o sujeito apresenta elevada periculosidade social em razão da mencionada enfermidade.

Bolonha, 19 de agosto de 2000.

O perito do Procurador da República Substituto de Bolonha, chamado a se expressar sobre as condições psíquicas de Giovanni M., não tem dificuldade em declarar a total incapacidade de entender e querer do sujeito e sua periculosidade social. Na formulação de seu juízo, tem peso relevante a documentação produzida que, no caso específico, consiste na leitura dos prontuários e no/s diagnóstico/s. Os prontuários se referem às internações nos HPJ de Reggio Emilia e de Aversa e às internações sucessivas nos institutos psiquiátricos de Ímola. Quem tem experiência no setor sabe quão escassa é a credibilidade científica dos prontuários escritos em hospitais psiquiátricos. Após a fase inicial da internação, durante a qual são obsessivamente

descritos os parâmetros biológicos, as dosagens farmacológicas e os comportamentos do paciente, passa-se progressivamente a uma quase total carência de anotações. Serão descritos apenas os eventos “negativos” – as doenças físicas, os momentos particularmente críticos. É evidente que tal representação clínica pode incidir negativamente sobre o perfil do paciente, servindo para justificar o aparelho de controle existente.²⁷ O prontuário serve para confirmar o diagnóstico, e o diagnóstico psiquiátrico frequentemente precede qualquer observação. Muitos psiquiatras acabam por confiar demais em sua intuição (e naturalmente também em sua experiência) e só a posteriori buscam as “provas” de sua hipótese. Bem examinando, também as perícias, muitas vezes se orientam pela busca de confirmações daquilo que, desde o início das operações periciais, já estava predeterminado.²⁸ Com efeito, escreve o perito: “...**antecipando, desde logo, que os juízos expressos à época serão integralmente confirmados**”. É, de todo modo, especialmente sintomático um *lapsus* que se percebe na escrita: “**os velhos prontuários sugerem um homem já imerso na dimensão psicótica**”. Esse “já” não estaria a sublinhar, de modo capcioso, uma dimensão de irrecuperabilidade? E quando o paciente recusa a terapia, é aplicado um silogismo que precisaria ser demonstrado: quer dizer que “**não tem consciência da doença**”. Naturalmente não tem qualquer significado aos olhos do perito o

27 - Gostaria de observar que o mau hábito de não transcrever nos diários médicos os acontecimentos “positivos” do paciente – a autonomia, o cuidado consigo, os relacionamentos – perdura até hoje. Tal hábito pode ser imputado a processos psicológicos que tendem a registrar mais facilmente em nossa memória os dados negativos e não os positivos, mas também expressa o temor do médico de ser denunciado por omissão de atos de ofício: não registrar uma doença física pode ser avaliado como uma omissão grave, enquanto não registrar uma melhora de relacionamento pode ser considerado apenas um leve esquecimento.

28 - Franco Basaglia denuncia “**a tendência a isolar os fenômenos, como se esses não nascessem e não se apresentassem em uma rede de relações e nexos recíprocos, para encará-los divididos, separados do tecido de que constituem um dos elementos, de modo a fazê-los assumir um caráter absoluto, natural**” (*Psichiatria e Giustizia in La pratica della follia*, Ed. Critica delle Istituzioni, Venezia , 1974).

fato de o paciente aceitar os remédios que servem para equilibrar os efeitos colaterais dos antipsicóticos. Com efeito, o paciente não recusa genericamente “a terapia farmacológica”; recusa sim os remédios que, no passado, tinham-lhe provocado grave mal-estar. Quando surgem atos de violência (mas, no clima repressivo de um HPJ é fácil deparar com tais eventos), então significa que o paciente **“é extremamente perigoso no sentido psiquiátrico”**. E mesmo Giovanni M. estando bem por um longo período (por quase 20 anos!), o perito logo se põe em guarda: trata-se de um simples **“arrefecimento do quadro psicopatológico”**. Faz questão – o perito – de corrigir qualquer falaz ilusão, revelando-nos os truques da doença: **“em relação a 1988, é descrito até mesmo como tranquilo e disposto ao diálogo, sendo mesmo irônico e brincalhão”**. O **“até mesmo”** e o **“mesmo”** revelam que, aos olhos do experto, a doença não tem escapatória, só pode fingir! Assim, a leitura a posteriori permite sustentar a hipótese inicial. Dirá o advogado de defesa de Euro P., em seu recurso de apelação contra a sentença de primeiro grau: **“o perito reduz a existência de Giovanni M., de 1970 a 2000, a pouco mais de vinte episódios reativos a acontecimentos: mas, estes não são apreendidos e enquadrados em sua natureza reativa (reação a terapias forçadas, a restrições à liberdade, a um clima emotivo de alta expressividade, lutos, agressões, ameaças, etc.); ao contrário, considera-os à maneira de agitações autônomas, derivadas de um mau funcionamento de uma ‘máquina bélica’, fruto de uma mina incontrollável a ser desarmada”**. Por outro lado, não surge menos influenciada por estereótipos a própria perícia dos consultores da parte que, para sufragar o valor dos eventos externos sobre o comportamento de Giovanni M., declaram que **“os estudos mais recentes demonstraram que os pacientes esquizofrênicos, embora dissociados da realidade, frequentemente apresentam distúrbios da esfera afetiva que podem se seguir a legítimas e previsíveis reações a lutos e perdas”**. Na prática, é como dizer que

os esquizofrênicos **“frequentemente”** são dotados de sentimentos, quase mesmo como os sujeitos normais (*No comment!*).

O outro elemento “objetivo” para a formulação do juízo consiste na visita médica. Nesse caso, porém, o perito não chega a estabelecer nenhum contato significativo. A primeira visita médica ocorre logo depois do homicídio, quando o elemento emocional é intensíssimo, seja para Giovanni, seja para todos os demais (e, portanto, para o próprio perito). A segunda visita se desenvolve no HPJ de Montelupo. O perito aponta uma atitude de confronto e hostilidade de Giovanni para com ele, o que ulteriormente confirmaria seu diagnóstico. Mas o perito não parece considerar que Giovanni se encontra exatamente diante de quem, de certo modo, sancionara sua internação: por que razão deveria se mostrar colaborativo? Será que não seria de se considerar a hipótese de algum rancor? Algum temor? Giovanni pede a presença de um enfermeiro durante o diálogo, manifestando a necessidade de se sentir defendido e protegido, evidenciando que não se está diante de uma recusa genérica e generalizada de relacionamento, mas sim de uma recusa especificamente voltada para o perito. Este, no entanto, vê diante de si apenas um **“esquizofrênico paranóico delirante”**, que afirma: **“já estou morto”**. Mas seria essa frase uma expressão delirante? Não estaria talvez expressando uma vivência existencial de quem se acha encerrado em uma instituição que, no passado, já lhe despedaçara tragicamente a vida? Não poderia essa frase expressar um sentimento de culpa, que oprime a consciência e faz pressentir a angústia da morte?

Com base nos prontuários e nos encontros, são expostas as seguintes considerações técnicas: **“estamos diante de um caso clínico de esquizofrenia com fases ativas, fases de esmagamento da afetividade, com abulia, negativismo, refúgio e fechamento”**... **“Estamos diante de uma típica alternância de sintomas positivos e negativos”**... **“Os temas persecutórios demonstram relevância para o risco de agressividade heterodirigida, típica da patologia”**.

Mas, nessa perícia, como em outras, com demasiada frequência se esquecem as referências científicas que seriamente criticam todo rígido determinismo prognóstico²⁹.

Toda a experiência de vida do paciente, seus relacionamentos, o peso dos life events são anulados diante da inevitável alternância de sintomas, da infausta evolução da doença: após o **“arrefecimento”** iniciado nos anos 80 (com ou sem flufenazina), ter-se-á, mais cedo ou mais tarde, uma reagração (com ou sem flufenazina). Não é possível imaginar Giovanni socialmente inserido, recuperado: se isso acontece, é apenas aparência, é a astúcia da doença que se esconde e que, no entanto, “por sorte”, não escapa aos olhos do experto. Torna-se assim inevitável a consideração conclusiva, que assume valor crucial: o homicídio é **“um gesto sintomático, expressão direta da psicopatologia de que é portador”**. O gesto é reificado, tornado doença, tornado ahistórico.

O perito registra as frases desesperadas de Giovanni – **“... mataram Deanna e eu quero viver”** –; registra o confronto com Ateo,

29 - Referimo-nos aos estudos longitudinais relativos a pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Para citar apenas os mais famosos: os de Bleuler (1968, Zurich), de Ciompi e Muller (1980, Suíça), de Tsuang et al. (1979, Iowa, US), de Huber et al. (1980, Alemanha), de Ogawa et al. (1987, Japão), de Harding et al. (1987, Vermont, US), de De Sisto et al. (1995, Maine, US). Os resultados desses sete estudos de *follow-up*, abrangendo um total de cerca de 1.700 pacientes, têm duração média de 30 anos e documentam uma nítida melhora dos pacientes em 31% dos casos. Em todos os casos, os estudos longitudinais evidenciaram a heterogeneidade dos prognósticos nas síndromes esquizofrênicas. M. Bleuler, em conclusão às suas pesquisas, afirma: **“Com relação ao decurso e ao resultado das psicoses esquizofrênicas, prolongadas pesquisas de que participei por mais de sessenta anos confirmaram aquilo de que se duvidara por longo período. Não existe um decurso específico da doença (M. Bleuler, 1978; Ciompi, 1984). Ao contrário, os resultados das psicoses esquizofrênicas são extremamente diversificados, variando de restabelecimentos prolongados a decursos intermitentes, a psicoses prolongadas de intensidade grave e leve. Durante longo período, muitos psiquiatras acreditaram que uma definição precisa do diagnóstico indicasse um prognóstico específico. A experiência demonstrou que não importa como se formule o diagnóstico: esse jamais assegura um decurso e um prognóstico previsíveis (...). O decurso das psicoses esquizofrênicas jamais evolui na direção de um progressivo empobrecimento da vida interior, jamais em direção de uma “demência” do tipo encontrado em danos cerebrais difusos. A vida interior pode estar escondida por uma falta de expressão, por exemplo no mutismo, mas não estará perdida”** (M. Bleuler, 1991)

com sua forte mensagem de desafio; registra as graves lacunas de comunicação entre o médico e a coordenadora da residência; registra as frases ameaçadoras de Giovanni – **“... eliminar os coveiros”**... **“sou obrigado a matar vocês e lamento ter de fazê-lo”** – mensagens graves, inequívocas, mas, ao mesmo tempo, seguramente, desesperados pedidos de ajuda. Mas, com a morte de Deanna, a vinculação do gesto à atitude de Ateo é obnubilada. Estamos diante de um homicídio anunciado, não porque a pessoa em graves dificuldades esteja lançando mensagens contendo pedidos de ajuda, que, malgrado o medo provocado nos operadores não surtirão efeitos concretos, mas simplesmente porque, enquanto esquizofrênico paranóico, só poderia mesmo cometer seu gesto sintomático. **“... O gesto extremo que ele executa na manhã de 24/5/2000 nada mais é do que a exteriorização de tal angustiada percepção da realidade exterior, representando, em sua vivência delirante, uma maneira de se defender do que sentia ser um perigo grave e iminente. Sem mencionar as referências da literatura psiquiátrica tradicional, parece suficiente reportar, a título exemplificativo de tal condição psicopatológica e das dramáticas consequências dela deriváveis, algumas passagens extraídas do livro ‘Vontade de matar. Análise de um desejo’, escrito por um psiquiatra, Vittorino Andreoli... A propósito da esquizofrenia, ele afirma: ‘... a forma que mais contribui para o homicídio é a esquizofrenia paranoide, caracterizada, especialmente no início, por episódios de interpretação das pessoas e do ambiente, como se o mundo se movesse com fins voltados exclusivamente para o doente: inicialmente, estimula suspeitas; em seguida, atitudes de defesa até o delírio persecutório propriamente dito, pelo qual tudo e todos agem para provocar sua morte. O doente se torna negativista: não aceita a comida porque seguramente está envenenada; não toma os remédios, vê os médicos como inimigos. Isola-se em um cômodo, concentrado em se defender das estratégias de morte...’”** E mais, analisando as fases residuais da esquizofrenia, quando, teoricamente, a produtividade delirante deveria deixar espaço para

a cronicidade e o distanciamento do mundo, ele acrescenta: ‘... **nessa fase, o homicídio tem uma dinâmica diferente, acontece por impulso, quando o paciente se sente invadido, quando não é deixado em paz... como resposta imediata, como reação...**’”

Nessa *weltanshauung* não é sequestrado apenas o sentido do gesto do paciente, mas também o de quem se confronta com ele: os gestos são reificados, privados de suas particularidades históricas e subjetivas. As agressividades, as ambiguidades, em suma, toda a complexidade comunicativa contida em cada mensagem, são anuladas.

Ateo, por exemplo, certamente estava animado por boas intenções, mas seu enfoque é equivocado, não só pelo desconhecimento dos antecedentes de Giovanni, como pela falta da empatia que poderia levá-lo a se identificar com o paciente, a indagar-se sobre as razões de seu comportamento, a adotar um enfoque menos rígido. Ateo pensa em sua redenção, em seus problemas como operador, posto em dificuldade pelas “inadimplências” dos médicos, pensa que a única coisa importante é restabelecer, a qualquer custo, o predomínio da “ordem” sobre a “desordem”. Diante, porém, da “incapacidade de entender e querer” do esquizofrênico, o valor das vivências e relações de Ateo é completamente apagado.

O “dever” foi “cumprido”! O perito provou sua tese: toda a história do paciente se encaixa perfeitamente no esquema diagnóstico estabelecido. A demonstração contém ainda outra mensagem. Esses incidentes são a desagradável consequência de uma ideologia antipsiquiátrica que considera os pacientes somente como vítimas e não como doentes. Vejam, portanto, aonde nos leva a pouca consideração da ciência diagnóstica, particularmente aquela voltada para quem deveria sempre ser considerado como em alto risco de violência!

A perícia declara, pois, em poucos dias, Giovanni inimputável e socialmente perigoso; trata-se, no fundo, de mero *pro forma*. Tudo, da atrocidade do crime à sua modalidade, deixa poucas dúvidas. Prontamente enviado para o Hospital Judiciário, Giovanni desaparece de cena. Seus gestos e suas palavras, de agora em

diante, serão interpretados nos atos judiciais apenas por outros; ele não terá mais o dever de se defender ou de declarar. Reconhece-se a “falta de sentido” de seus pensamentos e comportamentos, seja pelo passado, seja pelo presente, mas fatalmente também para o futuro. Na concepção do perito, indiscutivelmente animado por elogiáveis intenções, esses procedimentos estariam defendendo os direitos e interesses de Giovanni. Na realidade, como o desenrolar dos acontecimentos demonstra, a internação no Hospital Psiquiátrico não só não será útil para as condições psíquicas do paciente, mas será marcada, sobretudo, por sua dramática agravação, até à morte. O juiz de primeiro grau, negando a juntada aos autos do processo de uma declaração sobre as condições psíquicas de Giovanni no HPJ, que, estando sob tratamento farmacológico, não revela qualquer melhora, declara (candidamente!) que Giovanni **“não é mais a mesma pessoa... pelo desenraizamento de um contexto ambiental tranquilizante... e pelos efeitos de uma restrição pré-carcerária em uma estrutura primordialmente de contenção como é o Hospital Psiquiátrico Judiciário”**.

Pois bem, tentemos imaginar, agora, uma trama diversa daquela que efetivamente aconteceu. Poder-se-á objetar que, diante da evidência da realidade, tratar-se-á de um exercício ocioso e inútil. Por outro lado – raciocinemos – se um tribunal inflige uma pena a alguém, isto significa que julga que as coisas poderiam ter se passado de forma diversa. Permitam-nos, portanto, esse exercício abstrato, feito de hipóteses. Vimos que muitas pessoas fizeram coisas que não deveriam ter feito, igualmente deixando de fazer o que deviam. Penso, sem hesitações, que Giovanni também poderia ter se comportado de maneira diversa, mesmo sendo esquizofrênico-paranoico, mesmo estando privado de sua dosagem terapêutica, mesmo sendo fortemente provocado. Imaginemos que o primeiro perito reconhecesse em Giovanni uma capacidade parcial de entender e querer à época do fato, e que o segundo perito reconhecesse sua capacidade processual: ou seja, que a capacidade de entender e

querer³⁰, ainda que reduzida à época do crime, possa sucessivamente ser recuperada, mas imaginemos, sobretudo, que não se fale em periculosidade social por um diagnóstico psiquiátrico. Consideremos que, por força de tal juízo, Giovanni seja “obrigado” a sair do estado de fuga da realidade em que se “refugiou” e deva se defender, expondo suas próprias razões. Em tais circunstâncias, deve tomar consciência de seu próprio “narcisismo”, escutar as razões dos outros, confrontar suas próprias vivências com as dos outros. Será uma ocasião difícil, dolorosa, dissolvendo o núcleo angustiante e ameaçador que constitui seu medo dos outros e de si mesmo, mas será também uma oportunidade para se perceber portador de deveres, além de direitos, como todos os outros. Naturalmente, terá um advogado que o apoiará em suas razões; se julgado responsável, será condenado. Mas, dessa forma, poderá acolher o valor reparatório da condenação, o valor da expiação, que jamais poderá acolher se condenado perpetuamente à monstruosa loucura da periculosidade social. Imaginemos que, desde logo, vá para uma hipotética estrutura sanitária protegida, dentro ou fora do cárcere (cuja organização e finalidade naturalmente requerem um grande e inteligente esforço de realização por parte de muitas entidades e pessoas!). Imaginemos que suas relações quotidianas não se desenvolvam somente com aqueles estigmatizados como loucos perigosos e que, junto com o tratamento farmacológico, haja um tratamento psicoterapêutico intensivo, e, sobretudo, a possibilidade de trocas sociais, a recuperação de uma contratualidade relacional, que reforce seu ego comprometido... não se poderia, então, formular a hipótese de que, sob essa ótica, seria possível obter uma recuperação psicológica e social de Giovanni melhor do que foi obtido na realidade? Eu acho que sim, sem nenhuma dúvida! E isto

30 - A formulação apresentada pela Comissão Ministerial, presidida pelo prof. Grosso, propõe a substituição de tal terminologia por “a possibilidade de compreender o significado do fato ou de agir em conformidade com tal valoração”: tal formulação, seguramente, mostra-se em melhor sintonia com a realidade clínica do paciente e os objetivos terapêutico-reabilitadores.

teria acontecido, sem prejuízo, naturalmente, da responsabilidade de terceiros e dos legítimos direitos dos familiares da vítima.

Essas minhas considerações não nascem de uma abstrata declaração de princípios. Têm sim em conta as muitas experiências que, nesses últimos anos, têm permitido percursos alternativos à declaração de total inimputabilidade do louco e envio de pacientes para HPJ. São experiências que demonstram o valor existencial e terapêutico ínsito ao reconhecimento, mesmo em casos extremos, do “livre arbítrio”, daquilo que dá sentido e valor à nossa vida, sem o que só resta a morte – psíquica ou física.

Se eliminarmos a palavra “culpável” e usarmos o termo “responsável”, então devemos convir, como declarei, que o próprio Giovanni poderia ser julgado responsável de seu “se deixar” dominar pelos medos (se acreditarmos no livre arbítrio, Giovanni poderia, como em outras circunstâncias, “escutar” quem lhe fosse próximo). A terapia é sempre um ato recíproco, requerendo que o paciente saia de sua posição “narcísica” para entender as razões dos outros, que não se deixe dominar pelo princípio do prazer e se meça pelo princípio da realidade. Ao contrário, com frequência, parece se partir do pressuposto, tanto para o paciente, mas também e, sobretudo, para os terapeutas, de que o paciente seja somente “a vítima” de tudo o que acontece em volta, facilmente se minimizando suas responsabilidades. Isso acontece também porque a situação é frequentemente condicionada por um perigo: com efeito, há o temor de que o surgimento de um sentimento de depressão e falência possa conduzir ao suicídio do paciente. Para evitá-lo, mostramos excessivamente tolerantes; fornecem-se justificações. Mas isto deveria constituir apenas uma fase da terapia, a inicial. Com efeito, a terapia, para ser eficaz, deve ir ao encontro dos riscos; ela mesma é um risco. A terapia não pode ser “lisa”, nem se esconder por detrás da irremediabilidade do diagnóstico. Pergunto-me, várias vezes, se Giovanni, em determinado momento de sua vida, voltou a “ser paranóico”, quando demonstrara que era possível não sê-lo mais.

Do que dependeu? Têm razão os peritos que julgam impossível toda esperança de “cura” para quem foi reconhecido como esquizofrênico-paranóico? Ou têm razão os que imputam o evento a uma simples alteração do equilíbrio bioquímico artificialmente induzido pelo psicofármaco? Ou talvez tudo isso tenha acontecido porque não fora suficientemente atacada (não ainda) a estrutura paranóica do sujeito (seu modo de pensar), através de um trabalho reabilitador feito com profundidade e coragem. Onde fica o limite não enfrentado nessas circunstâncias? Na nossa prática de terapeutas? Em nossos conhecimentos? Em nossa presunção? Na solidão social em que nos encontramos junto com os pacientes? Na carência de uma prática de cidadania que permita ao psiquiatra, ao educador profissional, ao perito, ao juiz, ao administrador, à dona de casa, ao estudante, reconhecer os problemas de Giovanni como seus próprios problemas? E sentir na própria pele suas vitórias e suas derrotas?!

2.2. Perícia dos consultores técnicos do MP sobre a responsabilidade da equipe médica assistente e dos operadores da residência.

Em 23/6/2000, o Dr. S.O., Procurador da República Substituto, conferiu a nós, abaixo-assinados, Dr. I.M. e prof. S.M., o encargo de proceder a avaliações técnicas, formulando os seguintes quesitos:

- queiram os c.t. responder, examinado o interno M.G. e vista a documentação clínica apreendida e obtida no âmbito do procedimento no 9105:00 mod.21, além de qualquer outra documentação de interesse para o caso eventualmente existente em estruturas públicas e privadas:

1. Se a patologia de que é portador M.G. era tal a tornar previsível a consumação de atos violentos a dano de pessoas, em especial, dos operadores com quem estava em contato, à época do homicídio; e, em caso positivo,

se o tratamento farmacológico e terapêutico prestado ao referido M.G., no período imediatamente precedente e concomitante aos fatos objeto da causa, era ou não idôneo para conter a periculosidade social;

2. Se o livre acesso às facas apreendidas, em especial àquela concretamente utilizada para desferir os golpes letais em C.A., estava em conformidade com a satisfação das exigências de cautela, nos termos do quesito anterior, podendo-se julgar correto e indicado em relação às condições do paciente, conforme as noções da ciência psiquiátrica atual;

3. Tudo o mais que for útil aos fins de justiça.

São as seguintes as conclusões da perícia:

...Sintetizando nossas respostas aos quesitos formulados pelo senhor Promotor, julgamos que:

1. M.G. era portador de esquizofrenia paranoide crônica, em fase de proclamada reagravação; a presença de floridos delírios persecutórios de envenenamento, contaminação e outros males, bem como a total ausência de qualquer consciência da doença, o induziram, antes do homicídio, a assumir comportamentos agressivos em relação ao pessoal de assistência e a proferir ameaças de morte; as terapias farmacológicas e, sobretudo, o tratamento terapêutico global prestado a M.G. no período imediatamente precedente e concomitante aos fatos objeto da causa, não resultaram idôneos para tratar de seus graves distúrbios e conter sua periculosidade social.

2. O livre acesso às facas de cozinha, especialmente, àquela concretamente utilizada para desferir os golpes letais em C.A., não estava em conformidade com a satisfação das exigências de cautela necessárias à gestão de caso

clínico tão grave, comportando riscos manifestamente altos em uma gestão extra-hospitalar do paciente; mesmo se admitindo que, em condições “normais”, tal acesso pudesse lhe ser consentido para fins de reabilitação, em condições excepcionais, como as presentes durante a fase de “alarmante” descompensação delirante persecutória de M.G., o livre acesso às facas e a outros objetos potencialmente perigosos da mesma espécie, não deveria ter sido consentido.

3. Nocasomexame, com detalhadamente ilustramos nas considerações médico-legais, encontram-se inadimplências (negligências, imprudências e imperícias), de maior ou menor gravidade, dos operadores individualmente, a, de todo modo, configurar uma indubitosa responsabilidade de equipe na gestão do caso clínico, gestão que se mostrou claramente inadequada.

12 de fevereiro de 2001.

Vejamos como se desenvolve o raciocínio.

Os quesitos do MP dizem respeito à previsibilidade do evento, à idoneidade do tratamento farmacológico, à infração de medidas de segurança.

Naturalmente, todo raciocínio se desenvolve a partir de um ponto central: definir o perfil psiquiátrico do louco que cometeu um crime. Note-se, todavia, como esse perfil, na realidade, já está predeterminado e delineado. Com efeito, parte-se do pressuposto de que o paciente é “**portador de periculosidade social**”. O juiz e os novos peritos dão como certa a perícia de A.R., que já se manifestara sobre o tema. No fundo, aquela perícia era, para eles, uma “simples formalidade”, não parecendo valer a pena novas indagações sobre a imputabilidade e a periculosidade social de Giovanni. É evidente que, definido dessa forma o paciente, definir-se-ia também a responsabilidade do psiquiatra: não mais a de tratamento, mas sim a de controle.

Mas, há um segundo pressuposto que também parece evidente: que a periculosidade não seja uma circunstância complexa, histórica e contextualmente determinada, sendo antes um dado natural, efeito de uma patologia que comportaria deterministicamente somente determinados comportamentos. Falando do homicídio, por exemplo, os peritos declaram, sem hesitações e com absoluto “rigor”, que: **“Trata-se de um gesto sintomático, expressão direta da psicopatologia de que é portador”**. Os peritos não se dão conta de estar cometendo um grave erro, enquanto tendem a equiparar comportamentos a sintomas. E, quando vinculam o agravamento do paciente à redução da terapia, reiteram a persistência de um quadro psicopatológico que poderia ser atenuado pelo controle farmacológico, mas que permanece substancialmente ativo: **“... não parece ter precedido uma doença em sentido técnico ao mencionado homicídio, mas sim, simplesmente, um defeito de controle farmacológico sobre a preexistente patologia psicótica”**. Em essência, as considerações dos peritos se colocam no interior de um modelo de doença mental reducionista e biológico. Os peritos confirmam a análise do colega A.R., segundo a qual Giovanni apresentaria uma **“total exclusão da capacidade de entender e querer”**. Ou melhor, adotam *tout court* tal juízo, sem proceder à devida contra-análise e crítica. Note-se, incidentemente, que as avaliações das duas perícias se fundam em uma mesma visita conjunta efetuada pelos três peritos a Montelupo Fiorentino. O comportamento de Giovanni – sua recusa ao diálogo, seu voltar as costas aos peritos, sua reivindicação da presença de um enfermeiro, suas frases (**“já estou morto”**, **“não preciso de vocês”**) – têm uma unívoca interpretação: são expressões de uma patologia delirante. Até sobre o diagnóstico há um absoluto compartilhamento: esquizofrenia em decurso crônico. Os peritos, todavia, julgam necessário fazer uma concessão a um breve desenvolvimento do tema. Por quê? Talvez porque julguem o caso emblemático e queiram reiterar o valor da clássica descrição da esquizofrenia. É como se, em um clima de incertezas e contestações, finalmente se reencontrassem antigas

evidências. Os peritos descrevem as formas clássicas da esquizofrenia – a de tipo catatônica, a paranoide, a residual. Em alguns casos a doença, em sua evolução, espalha-se por todas as diferentes fases; em outros, porém, fixa-se somente em um estágio. Para os peritos, nenhuma melhora de um esquizofrênico – e, portanto, aí incluídos os 17 anos de melhora de Giovanni – pode representar um verdadeiro restabelecimento. Paradoxalmente, demonstram exatamente o contrário: certa melhora, mais do que qualquer outro evento, é exatamente a confirmação indireta da existência da esquizofrenia paranoide: **“a ação fármaco-terapêutica e a natural evolução em fases do distúrbio atenuam a evidência sintomatológica, fazendo emergir os sintomas negativos: esmagamento da afetividade, abulia, negativismo, fechamento”**. Portanto, a ausência de claras manifestações de agressividade outra coisa não é que a passagem da fase florida e positiva da doença para a fase dos sintomas negativos. Alguém (como os colegas psiquiatras que descreveram nos prontuários os 17 anos de bem-estar de Giovanni) pode ingenuamente acreditar reconhecer em Giovanni **“...tranquilidade, disponibilidade para conversas, ironia, sociabilidade, bom humor; ser brincalhão, comunicativo e autossuficiente; participar voluntariamente, com entusiasmo e grande empenho, das atividades de ressocialização na cidade; estar enamorado de Deanna”**, mas esse alguém estará errado: são apenas sintomas negativos “travestidos”, simples abulia, esmagamento afetivo ou negativismo. Nos prontuários hospitalares de Giovanni são privilegiadas somente as anotações concernentes ao **“comportamento sombrio, hostil, ameaçador, francamente agressivo”** do paciente. Mesmo a longa permanência de Giovanni no Hospital Psiquiátrico de Ímola, abstraindo-se o período de melhora de suas condições psíquicas, é automaticamente avaliada como um sinal patológico negativo. Os peritos parecem não ter em conta o que alguns estudos científicos têm abundantemente documentado: as liberações do hospital psiquiátrico geralmente se tornam difíceis muito mais por causa da subsistência de obstáculos sociais e

familiares do que por razões inerentes à patologia dos internos.

Em suma – parecem nos dizer os peritos – não há nenhuma possibilidade de sair da loucura. O olhar puro e rigoroso do perito – semelhante ao do alienista dos hospitais psiquiátricos do século XIX – consegue penetrar na máscara da loucura e fazer emergir seu pérfido disfarce. Como os condenados às galés de “Os miseráveis” de V. Hugo, os esquizofrênicos também jamais poderão se libertar de sua verdadeira identidade, não importa qual o resultado positivo que obtenham. O máximo a que podem aspirar é a atenuação de sua evidência sintomática, mas somente através da ação fármaco-terapêutica – prótese absolutamente necessária, que os vincula inexoravelmente ao psiquiatra que gere tal poder. A partir desse caso – parecem praticamente dizer os peritos – pode-se, portanto, medir, mais uma vez, a ingenuidade de quem subestima a psicopatologia e abaixa a guarda diante do esquizofrênico. A mensagem vale para todos: vale para o colega que pretendeu questionar a fármaco-terapia, mas vale também para todo o clima imolense, demasiadamente pendente para a vertente da desinstitucionalização e do *recovery*.

Por isso, quando os peritos enfrentam o tema da infração das exigências de controle, afirmam que **“identificando oportunamente o contexto psicopatológico e ambiental, era possível formular uma previsão de risco ou de reiteração de comportamentos agressivos e potencialmente lesivos”**. Com efeito, para os peritos, são muitos e numerosos os acontecimentos que expressam a gravidade da situação. Há, antes de tudo, situações dramáticas (a morte de Franca e, sobretudo, a de Deanna; o episódio com Z.M.) sobre cujas consequências na psiché de Giovanni teria sido necessário indagar com atenção. Mas, há tantas outras “campainhas de alarme”, expressadas no comportamento e nas palavras de Giovanni: as ameaças de morte contra os operadores e a coordenadora e contra Ateo; as expressões delirantes relativas à comida e ao depósito bancário. Com efeito, com uma “reconstrução a *posteriori*”, estamos assistindo a uma espécie de morte anunciada e não conseguimos compreender porque, à época,

essa impressão não tenha sido claramente percebida. É necessário, porém, reportar-se ao clima específico vivido pelos operadores nas circunstâncias. Três moradores sofriam de graves problemas de saúde, o que comportava incrível acúmulo de serviço (marcar exames médicos, acompanhar os moradores ao hospital, providenciar um significativo acompanhamento assistencial). A essa situação de intenso *stress*, somaram-se três mortes, uma após a outra, que, além da grande frustração pelo empenho “inútil”, que não conseguira evitar os eventos, representaram uma verdadeira tríplice situação de luto para os operadores. Com efeito, é preciso considerar quão subjetivamente importante foi para todos a convivência de tantos anos com pessoas que, com frequência, envolveram-nos em relações emocionais intensas. Não surpreende, pois, que os operadores estivessem, naqueles dias, desorientados, emocionalmente abalados. Ainda, é de se perguntar o que deveriam ter feito além do que efetivamente fizeram?

Para os peritos, o Dr. Euro foi negligente porque deixou o paciente sem controles médicos por vários meses, porque não se empenhou em recuperar a documentação necessária (“... **Era suficiente o conhecimento aprofundado da história clínico-comportamental do paciente, facilmente encontrável nos prontuários examinados**”), não formulou um projeto terapêutico para o paciente, teve uma atitude apressada nas visitas. Além disso, foi imprudente porque suspendeu a flufenazina decanoato, sem motivações claras. Mostrou imperícia quando, após ter sido ele mesmo agredido, não ativou o TSO, não alertou suficientemente os operadores, não se informou sobre os níveis de segurança de *Albatros*.

Mas, toda a equipe é inadimplente. Não foram definidos protocolos para as medidas cautelares e urgentes. Na troca de terapeuta entre C.A. e P.E., surge “certa superficialidade” no registro. Além disso, tanto o Dr. Euro, quanto os médicos que o precederam, não teriam “... **formulado e verificado, com a devida frequência, o projeto terapêutico**” de Giovanni. Na realidade, o projeto terapêutico existia,

era regularmente atualizado e, apenas por um erro de procedimento, não foi juntado na fase instrutória. A responsável pela residência e a assistente social, dentre outras coisas, “... **deveriam ter registrado o dissenso dos operadores em relação à orientação farmacológica de P.E.; deveriam estar a par do quão descontentes estavam esses operadores com o comportamento do psiquiatra, que julgavam ser apressado e negligente; deveriam ter transmitido as queixas ao Dr. P.E. ou intervir com outras medidas junto ao responsável pela Unidade Operacional... Ainda que não informados...era seu dever garantir que o clima de desconforto e crítica por parte dos operadores...pudesse ser apresentado *apertis verbis*”.**

Também nesse caso é muito fácil julgar de fora, examinando documentos com tranquilidade e raciocinando sobre acontecimentos distantes. Essa condição, feita de hipóteses e “ficções”, não leva em conta, por exemplo, infinitas outras coisas que habitualmente acontecem em volta do evento documentado. Trata-se de ocorrências, gestos, palavras, que, ligados a outras situações, sobrecarregam e tornam os operadores menos “lúcidos” – frequentemente são outras urgências que se entrelaçam. Só quem realiza esse trabalho pode entender o quanto é difícil manter lucidez e controle emocional em determinados momentos! Por outro lado, não se entende porque e como a assistente social deveria ter percebido o que não lhe foi dito. Na reunião de equipe, em um contexto idôneo para se comunicar qualquer informação, as ameaças de morte não foram mencionadas – nem mesmo por parte de Ateo que ali estava presente. Naquela ocasião, foi manifestada uma indiscutível preocupação pelas condições de Giovanni, mas se concordou que, uma vez retomado o tratamento farmacológico, a situação já estaria sob controle.

Como exemplo de imprudência e negligência os peritos reportam a falta de comunicação aos responsáveis pelo Departamento de Saúde Mental das verdadeiras razões da transferência de Ateo do setor social para o psiquiátrico. Imputam tal negligência e imprudência, em especial, à coordenadora da residência, que não se pusera em

ação, como necessário, nem ao menos após o confronto ocorrido em 23 de maio entre Giovanni e Ateo. Além disso, para os peritos, a Dra. Laura teria se mostrado inadimplente na avaliação do risco para a segurança, diante da falta de vigilância sobre as facas da cozinha (“... **Não se entende porque não veio em mente a nenhum dos operadores que poderia ser muito perigoso deixar que um paciente portador de uma descompensação delirante persecutória tão grave se movesse em um ambiente onde poderia facilmente ter à disposição facas de cozinha**”). É interessante notar que os peritos, com frequência, usam o termo “facões” referindo-se às facas usadas na cozinha de *Albatros*. Na realidade, trata-se de uma normal bateria de facas de carne, que o escritório de higiene da ASL, durante uma inspeção, insistentemente pedira, sob pena de não conceder o credenciamento para o refeitório. O comprimento, as dimensões, a forma das facas correspondem aos requisitos das normativas em vigor. Por que, então, a palavra facões? De que depende a qualidade de um objeto? Nesse caso, o termo expressa a vivência dos peritos que, olhando para o objeto, imaginam o pérfido olhar do assassino. Freud certamente falaria de mecanismos de projeção. Em todo caso, não há dúvida de que o termo depreciativo contribui para a veiculação da mensagem de periculosidade de Giovanni, dando uma leitura negativa da maneira pela qual a residência era administrada pela cooperativa e denunciando a falta de controle por parte dos operadores do DSM

Mas, voltando às referências feitas pelos peritos à coordenadora, vale ressaltar que as considerações sobre o *stress* psicológico a que estavam submetidos todos os operadores em consequência das três mortes, naturalmente se aplicam, talvez em maior intensidade, a ela. Mas – perguntemo-nos – o que a Dra. Laura deveria ter feito além do que fez? Não conseguiu, com grande esforço, levar o psiquiatra a tomar consciência, diretamente, das condições psíquicas de Giovanni? Será que não cumprira corretamente seu dever? Não deveria achar que a situação crítica fora corretamente enfrentada e que, dali em diante,

seria resolvida?

2.3. Perícia dos consultores técnicos do G.I.P. do Tribunal de Bolonha no 9385/00 R.G.N.R., no 18448/04 R.G. G.I.P.

Em 19/1/05, V.Exa. encarregou os abaixo-assinados, prof. G.B.T., professor de Psicopatologia Forense na Universidade de S., e Dr. A.A., ex-diretor de Psiquiatria e Diretor de Saúde Mental de Adultos na USL de S., do exame dos autos processuais relativos ao senhor Dr. P.E., médico cirurgião, psiquiatra do DSM da USL de Ímola e especialista de referência do senhor M.G., nascido em Faenza (Ravenna) em 23/2/1941, atualmente recolhido ao HPJ de Montelupo Fiorentino. Objetivo da avaliação era o de responder aos seguintes quesitos: queriam dizer os peritos, examinados os autos do processo e vista a documentação clínica obtida no curso das investigações preliminares se, na conduta do Dr. P.E., durante o período em que teve a seus cuidados o paciente M.G., são encontráveis manifestações de negligência, imprudência ou imperícia, ou ainda violações específicas das regras da arte médica. Em especial, após delineada a patologia psiquiátrica específica sofrida por M. e sua evolução histórica a partir do momento de seu ingresso na comunidade, queiram avaliar:

- se a modificação, redução (ou suspensão) do tratamento farmacológico foi ou não uma escolha terapêutica adequada e ponderada, tendo em consideração a patologia psiquiátrica de que M. era portador;

- se houve uma relação de causa e efeito entre a modificação, redução (ou suspensão) do tratamento farmacológico e as manifestações de agressividade manifestadas pelo paciente, que acabaram por desaguar na ação delituosa;

- se, de qualquer modo, era previsível que, em função de tal escolha terapêutica, M. pudesse novamente manifestar uma reagração dos distúrbios psiquiátricos de que era portador; se tal recidiva poderia se verificar mesmo que o paciente estivesse submetido ao precedente tratamento farmacológico;
- se a modificação, redução (ou suspensão) da administração dos remédios *long acting* e da terapia oral deveria ter sido acompanhada da adoção de precauções aptas a conter manifestações de periculosidade social por parte do paciente.

São as seguintes as conclusões dos peritos:

...Examinados os autos do processo penal em questão, e vista toda a documentação posta à nossa disposição, julgamos poder afirmar que, na conduta do Dr. P.E. referente à assistência por ele prestada ao senhor M.G., são encontráveis sobretudo sinais de negligência e imprudência, considerados especialmente os seguintes elementos:

1. O senhor M.G., há longo tempo era portador de uma espécie de esquizofrenia paranoide crônica, em parcial remissão, tendo sofrido uma reagração no curso do último mês que antecedeu o homicídio do senhor C.A.;

2. A modificação do tratamento farmacológico (com especial referência à redução e posterior suspensão da terapia *depot*, terapia essa que M. vinha assumindo ininterruptamente há muitos anos) não é de se considerar uma escolha terapêutica oportuna e adequada, considerando a patologia psiquiátrica de que M. era portador;

3. Entendemos ter havido uma relação de causa e efeito entre a modificação do tratamento farmacológico e as manifestações de agressividade do p., que acabaram por

desaguar na ação delituosa;

4. Era previsível que, considerando a escolha terapêutica acima mencionada, M. pudesse voltar a manifestar uma reagração dos distúrbios psiquiátricos de que era portador;

5. A recidiva não poderia, em absoluto, se verificar com o p. submetido ao precedente tratamento farmacológico;

6. A modificação do tratamento farmacológico (redução e posterior suspensão do remédio *depot*) deveria ter sido acompanhada da adoção de precauções aptas a tutelar a saúde psíquica do paciente e conter eventuais reagrações psicopatológicas e de periculosidade social.

21 de julho de 2005.

Vale recordar que o G.I.P. rejeita o pedido de arquivamento formulado pelo MP, fundado em “insubsistência de lesão pessoal”, prosseguindo com o procedimento: duas médicas são excluídas das imputações, permanecendo acusados uma assistente social, a responsável pela residência e o psiquiatra. Este pede o rito abreviado e é exatamente em relação a ele que o G.I.P. determina esse parecer que se revelará decisivo para a sentença. Os quesitos, nesse caso, são mais específicos do que os das perícias anteriores, entrando diretamente no mérito do aspecto da responsabilidade técnica do psiquiatra. É especialmente abordado o perfil psicopatológico do homicida e a relação de causa e efeito entre a modificação do tratamento farmacológico e as manifestações de agressividade do paciente que posteriormente deságuam na ação delituosa. As considerações dos peritos estão difusamente presentes na sentença proferida pelo mesmo juiz, que será focalizada mais adiante.

Vale deter-se nas considerações dos peritos apenas no que diz respeito às relações entre distúrbios mentais maiores e delinquência, assim como na relação entre esquizofrenia (ou outras psicoses) e comportamento violento. A propósito, os mesmos citam um trecho

do Tratado Italiano de Psiquiatria: **“Diversos estudos evidenciam que o diagnóstico psicopatológico mais frequentemente associado a comportamentos hostis é a esquizofrenia. Com efeito, parece que a essa patologia pertencem pacientes mais violentos do que à dos distúrbios de personalidade ou à patologia afetiva, ou à orgânica cerebral, resultando inclusive que, no âmbito de avaliações efetivadas em regime de internação hospitalar, os pacientes esquizofrênicos sejam, em média, mais agressivos do que os pacientes com dependência de álcool ou drogas. No âmbito da esquizofrenia, é indubitável que existem diferenças que dependem da forma clínica, do decurso da doença, do tipo de episódio e da resposta à terapia. Por exemplo, os pacientes com esquizofrenia de tipo paranoide podem apresentar comportamentos agressivos em relação a um delírio particular, assim diretamente dirigidos contra uma ou mais pessoas específicas. Segundo a literatura científica, o prognóstico psiquiátrico do comportamento violento pode ser genérico, condicional ou iminente (Nivoli e outros, 1993). O prognóstico pode ser dito genérico quando o paciente apresenta sintomas psiquiátricos não específicos de um provável comportamento violento ainda não iniciado em modo concreto. Por exemplo, um sujeito esquizofrênico com delírio estruturado de conteúdo persecutório pode, em linha de princípio, passar à ação com comportamentos violentos voltados contra os supostos perseguidores; todavia, a experiência clínica demonstra que são estatisticamente muito poucos os sujeitos esquizofrênicos com delírios de conteúdo persecutório que, na realidade, passam à ação violenta contra pessoas. Nesses casos, a capacidade de previsão do psiquiatra é bastante limitada e sujeita a erros diversos. No caso do prognóstico condicional, embora ainda não se tendo manifestado nenhum comportamento violento, a previsibilidade de semelhante agir pode ser, sob o aspecto clínico e estatístico, deduzida de um sintoma específico ou de específicas ‘constelações de sintomas’ desencadeadores. Por exemplo, pode ser considerado significativamente provável um comportamento**

violento se um sujeito esquizofrênico com delírio de conteúdo persecutório apresenta, juntamente com esse sintoma, um estado de agitação psicomotora, mais de duas noites transcorridas insone e em estado de eretismo, 'ameaças quentes', com clara identificação de uma vítima, antecedentes de agressão a pessoas por sensações subjetivas em contextos sociais análogos ao atual. Nessas hipóteses, o psiquiatra deve estar apto a identificar os sintomas específicos ou as específicas constelações de sintomas desencadeadores do comportamento violento e adotar todas as medidas necessárias para evitar a ocorrência de fatos danosos. Finalmente, no prognóstico iminente, o comportamento violento do paciente já se iniciou concretamente, requerendo do psiquiatra uma intervenção rápida em termos de neutralização de dinâmicas de atuações violentas."

3. As sentenças

3.1. As sentenças no processo por concurso culposo no delito doloso contra o médico psiquiatra.

Indeferimento de incidente probatório e requerimento de arquivamento de procedimento penal

Tribunal de Bolonha. Cartório do Juiz dos Procedimentos Preliminares. Decisão de indeferimento de incidente probatório (art. 398 CPP, 124 D.Lv. 271/89). **A Juíza, Dra. G. N., examinado o requerimento apresentado em 19/2/01 pelo MP, Dr. S.O., em relação ao procedimento penal no 2361/01 R.G. I. P., em face de 1} P. E. ; 2} M.L.; 3} P.A.M.; 4} G.A.; 5} C.A.**

CONSIDERANDO

- que o MP requer que se proceda a incidente probatório de “perícia médico-legal destinada a verificar os aspectos de culpa profissional evidenciados na elaboração do c.t., ex. art. 359 CPP e causalmente relacionados à morte de C.”, em referência ao hipotético crime do art. 589 CP (morte de C.A. ocorrida em Ímola em 24/5/00);

- que, na hipótese acusatória, a alegada conduta do art. 589 CP atribuída aos atuais investigados teria de necessariamente ser posta em concurso, ex. art. 110 CP, com o autor material – M.G. – do homicídio voluntário de C.A., ex. art. 575 CP;

- que, portanto, deveria se configurar caso de concurso, ex. art. 110 CP, entre o crime do art. 589 CP (punido a título de culpa) praticado;

– na hipótese acusatória, e cada um em relação ao papel específico desempenhado – por P.E., M.L., P.A.M., G.A., C.A – e o crime do art. 575 CP (punido a título de dolo)

praticado por M.G., aliás sujeito inimputável;

- que, portanto, versa-se a hipótese de concurso culposo em fato doloso;

- que, para a jurisprudência dominante, “o concurso culposo não é configurável em relação ao delito doloso, requerendo o art. 42, parágrafo 2º CP expressa previsão, que, no entanto, está ausente, na medida em que o art. 113 CP, falando em cooperação no delito culposo e não em cooperação culposa no delito, contempla tão somente concurso culposo no delito culposo” (Cass. Penal, Seção IV, 11/10/1996 no 9542);

- que, a esse propósito, também a doutrina, alinhando-se à citada jurisprudência, afirma que a hipótese de concurso culposo em delito doloso de ser negada, antes de tudo, em nome da unidade do crime em concurso, e excluir a própria possibilidade de diferenciação do elemento subjetivo entre os corréus;

- que, além disso, observa-se que, prevendo explicitamente o art. 113 CP uma única hipótese de cooperação no delito culposo, implicitamente se pode concluir pela exclusão da cooperação culposa no delito doloso, tendo ainda em consideração o caráter necessariamente expresso da previsão de responsabilidade culposa, ex. artigo 42, parágrafo segundo CP;

- que também o aprofundamento recente do tema expôs a inconciliabilidade de grande parte dos tradicionais exemplos de concurso culposo em ilícito doloso com a afirmada essencialidade da consciência de cooperar, qual requisito psicológico adicional e indefectível da participação;

- que, para se ter a hipótese em questão, a esse último requisito ter-se-ia que se somar a particularidade de “a regra de cautela violada pelo agente culposo ser formulada também ou exclusivamente para o fim de prevenir um fato

doloso de terceiro”;

- que se chegaria assim à conciliação de dois dados dificilmente compatíveis: de um lado, a violação de uma regra de cuidado construída sobre a previsibilidade de um fato doloso do terceiro; de outro lado, a efetiva representação do comportamento do terceiro que, porém, deveria aparecer para o agente mediato como uma conduta culposa (e não – como, ao contrário, é na realidade – um comportamento doloso, ainda que praticado por um sujeito inimputável);

- que disso derivaria a conclusão de se excluir a admissibilidade dessa forma de participação, considerada a ausência de referimentos normativos seguros;

- que é possível chegar a análogas soluções, ainda que não se concorde com a assertiva concernente à necessária presença de um especial coeficiente subjetivo na participação, considerando, antes de tudo, o caráter excepcional da contribuição dolosa alheia, capaz de interromper a sequência causal, ex. artigo 41 CP;

- que o problema encontraria assim uma solução ainda no plano objetivo da imputação do resultado à chamada causa culposa mediata;

- que a hipótese em questão é de ser descartada ainda em consideração a uma definição de culpa ancorada nas imprescindíveis observações pessoais, próprias da responsabilidade penal;

- que, quando para a causação de um resultado convergem diversas ações autônomas de diferentes sujeitos, pressupõe-se – em cada indivíduo capaz de entender e querer – atitude voltada para a autodeterminação responsável, o que exclui a natureza culposa de ações que, não sendo perigosas em si mesmas, simplesmente fornecem a terceiros a ocasião para delinquir, devendo oportunamente ser valorada a unívoca opção do legislador pela configuração unicamente

dolosa da participação, no artigo 110 CP (cfr. “Digesto delle Discipline penalistiche” UTET, II sub art. 110 c. p;

- que, ainda que se queira formular hipótese de responsabilidade dos atuais investigados, ex. art. 41 CP, por sua posição de garantidores derivada do papel específico por eles desempenhado no interior da estrutura Albatros, ou de todo modo em ligação com essa, ir-se-ia ao encontro de insuperável dificuldade;

- que esse tipo de responsabilidade pressupõe a individualização precisa do resultado a ser impedido e a predisposição na mente do sujeito garantidor de um concreto domínio sobre o decurso causal que o provoca e, assim, a possibilidade de intervir sobre esse de maneira significativa;

- que somente assim a própria inação poderia ser colocada como causa do resultado em si;

- que, portanto, a invocação do art. 41 CP tem apoio no ordenamento sob a condição da causação do resultado (nesse caso, a morte de A.C.) poder ser referida a um decurso causal inteiramente dominado pelo sujeito “garantidor” e não determinado por uma ação inteiramente querida por um outro sujeito, ainda que inimputável;

- que também unicamente sob o aspecto objetivo causal, estar-se-ia sendo chamado a responder não mais por um fato próprio, mas por um fato alheio;

- que, portanto, deve ser indeferido de plano o requerimento de incidente probatório, ex. art. 392 CPP, formulado pelo MP, não se visualizando a hipótese delituosa contestada;

P.Q.M.

Indefere o requerimento formulado pelo MP.

Notifiquem-se as partes. Ao Cartório, para as medidas cabíveis.

Bolonha, 28/5/01.

Requerimento de arquivamento do MP

Procuradoria da República junto ao Tribunal Ordinário de Bolonha. Pedido de arquivamento – arts. 408/411 CPP, 125 e 126 D.LV. 271/89

Ao Juiz dos procedimentos preliminares junto ao Tribunal de Bolonha

O Ministério Público, Dr. S.O., Procurador da República Subst. junto ao Tribunal Ordinário de Bolonha, Vistos os autos do procedimento penal acima mencionado;

CONSIDERANDO QUE

Das condutas atribuídas aos profissionais da saúde que se ocupavam, a vários títulos, do programa terapêutico de M.G. (objeto de imputação penal no âmbito de procedimento autônomo relativo à morte de C.A.), não parece ter se seguido uma doença em sentido técnico ao mencionado homicida, mas sim, mais simplesmente, uma falta de controle farmacológico sobre patologia psicótica preexistente.

Portanto, na falta do requisito técnico de existência de uma lesão pessoal, o hipotético delito do art. 590 CP se torna insubsistente.

Assim tida como infundada a notícia de crime, na medida em que os elementos obtidos nas investigações preliminares não parecem idôneos para sustentar a acusação em juízo.

Considerados os arts. 408/411 CPP, 125 e 126 D.LV. 271/89,

Requer que o Juiz dos procedimentos preliminares deste Tribunal promova o arquivamento do procedimento e determine a conseqüente remessa dos autos à Seção própria. À Secretaria para as providências cabíveis. Bolonha, 17/12/2001.

Sentença de primeiro grau: Sentença no 1984/2005 proferida em processo de rito abreviado, em 25/11/05 pelo Juiz de Audiência Preliminar do Tribunal de Bolonha, depositada em cartório em 19/1/06

“Em nome do povo italiano, o juiz Dr. G.A., proferiu a seguinte sentença no procedimento instaurado contra P.E. ... acusado pela prática do delito dos arts. 40, § 2º, 41 e 589 CP...

P.Q.M.

Nos termos dos arts. 62 bis CP, 442, 533 c 535 CPP, declara P.E. culpado do crime referido na ementa, e, concedendo-lhe as circunstâncias atenuantes genéricas e aplicada a redução pelo rito, condena-o à pena de quatro meses de reclusão, além do pagamento das despesas processuais.

Nos termos dos arts. 163 ss. CP, determina que a execução da pena acima imposta seja suspensa em relação ao mencionado P.E., pelo prazo de cinco anos, nas condições estabelecidas em lei.

Nos termos dos arts. 538 ss. CPP, condena P.E. ao ressarcimento dos danos em favor das partes civis constituídas B.I., B.M. e C.A., a ser liquidado em processo autônomo, perante o competente júízo cível.

Condena o mencionado P. ao pagamento, a título provisional de execução imediata, da quantia de 50.000 euros, a favor de B.I. e C.A. e 20.000 euros, a favor de B.M.

Condena o mesmo, ainda, ao reembolso das despesas processuais despendidas pelas mesmas partes civis, liquidando-as no total de 4.640,00 euros (excluídas as despesas não documentadas), além de IVA e CPA, na forma da lei, a favor de B.I., e 4.720,00, além de IVA e CPA, a

favor de B.M. e C.A.

Visto o art. 544, § 3º CPP, indica o prazo de sessenta dias para o depósito em cartório da fundamentação da sentença.

Bolonha, decisão em 25 de novembro de 2005.

A sentença inicialmente aponta os contornos da culpa atribuída ao acusado, abordando, em seguida, a subsistência de um nexos causal entre a conduta e o resultado, a concreta previsibilidade deste último, o concurso de causas e, finalmente, o concurso culposo no crime doloso.

O juiz encontra como configuração da culpa uma clara negligência no agir do acusado, em contraste com o que foi estabelecido no documento redigido pelo Departamento de Saúde Mental de Ímola que, ao atribuir aos médicos responsáveis o dever de assumir as medidas necessárias para cada paciente, **“prevê que isso seja feito, tendo em conta as indicações fornecidas por outros membros da equipe”**.

Rejeita o parecer dos consultores da defesa, segundo os quais o paciente, nos últimos quinze anos, encontrava-se em fase de parcial remissão, sem episódios significativos de recidiva, pelo que era correta e devida uma remodelação da terapia realizada, através da busca da “dose mínima eficaz”. Adere, ao contrário, à opinião dos peritos do juízo, que **“avaliaram M.G. como um paciente desde sempre particularmente ‘difícil’ (tendo em conta sua história clínica anterior ao ingresso na comunidade e o fato de que, nos três anos anteriores ao homicídio, três diferentes psiquiatras se encarregaram de seu tratamento, devido exatamente às dificuldades de se relacionar com ele) e bastante problemático, dadas sua pouca compliance à terapia, suas descargas agressivas e sua escassa tolerância às frustrações... Tudo isso, além de confirmar o quadro de sumário conhecimento por parte de P.E. das condições psíquicas e psicológicas do doente, é certamente sinal de escassa empatia em relação ao mesmo”**.

O juiz não entra no mérito da oportunidade da escolha operada pelo médico de reduzir o tratamento farmacológico, mas considera que se trata de **“uma escolha arriscada, tendo em conta numerosos estudos científicos documentando os riscos elevados de recaída, frequentemente conexos a tais comportamentos. É regra comum de experiência que, em qualquer atividade humana, ao aumento dos riscos deva corresponder a adoção de um sistema de cautelas e precauções idôneo a evitar a ocorrência de resultados danosos ou perigosos”**.

A sentença refuta a objeção dos consultores técnicos da parte, que expressam perplexidades em relação à condição da residência *Albatros* como lugar apto a fazer frente a uma condição aguda de um paciente psicótico, na medida em que está desprovido de uma constante presença de pessoal sanitário (médico e de enfermagem). Com efeito, **“...Este fato não exclui que esta seja uma condição extra-hospitalar suficientemente idônea; aliás, não se visualiza quais poderiam ser as alternativas a que alude a lei se não aquelas que se valem de pessoal especializado (educadores e assistentes de base) em âmbito psiquiátrico, que, a qualquer momento, podem se dirigir ao médico psiquiatra de plantão (24 horas) na sede, que, assim, pode garantir uma quotidiana observação, vigilância e contenção das angústias do paciente descompensado”**.

O juiz é particularmente categórico ao apontar os deveres e as atribuições do médico psiquiatra. Diz: **“...Não pode haver qualquer dúvida sobre a existência, a cargo do médico psiquiatra ora acusado, de um dever de garantia em relação aos doentes mentais, na forma da posição de controle que impõe ao sujeito obrigado a neutralização de determinadas fontes de perigo, de modo a tutelar todos os bens jurídicos que se achem em contato com esse e que, por tal razão, possam ingressar em uma situação de perigo. A fonte de tal posição de garantia reside principalmente na voluntária assunção, por parte de P.E., psiquiatra empregado do DSM de Ímola, da função de consultor da comunidade *Albatros*, no que dizia respeito ao paciente M.G.”**. Nas contrarrazões, os consultores da parte tinham

posto em discussão a existência de tal dever, demonstrando que, com base nos protocolos organizacionais do DSM de Ímola, o médico psiquiatra estava encarregado primordialmente da gestão da terapia farmacológica dos pacientes. Mas, para o juiz, **“... na realidade, em tema de culpa profissional, o cumprimento concreto e pessoal de atividade médico-terapêutica, por parte do profissional da saúde, sempre comporta a assunção direta da posição de garantidor em relação ao paciente, pois a ele incumbe o dever de observância das *leges artis*, cuja finalidade é a de prevenir o risco não consentido ou o aumento do risco”**. Em tema de responsabilidade profissional, o juiz cita a Suprema Corte (Cass. Pen. Seção IV, 3 de fevereiro de 2003, no 4827, Perilli Ludovico), segundo a qual **“... subsiste a posição de garantidor do médico que, mesmo a título de mero consultor, verifique a existência de uma patologia de elevado e imediato risco de agravação. Tal médico tem o dever de agir, promovendo pessoalmente os tratamentos terapêuticos tidos como idôneos, ou fazendo internar imediatamente o paciente em um hospital especializado”**.

Em tema de previsibilidade, o juiz concorda com seus próprios peritos sobre o fato de que **“...a emergência manifestada a partir de dez de maio, com toda a constelação de sintomas significativos de uma descompensação aguda (fortes temores de ser assassinado, ameaças de morte contra vários operadores, a agressão praticada contra a futura vítima com a utilização de um urinol, etc.), levando-se ainda em consideração a anamnese psicopatológica de M.G., deveria ter levado o Dr. P.E., à luz de suas qualificações e sua experiência clínica, a elaborar um prognóstico de violência ‘condicional’, ou até mesmo de violência ‘iminente’, tendo em conta que o comportamento agressivo e violento já havia sido de fato iniciado”**. Com efeito, entende o juiz que **“o impulso heteroagressivo que desaguou no ferimento mortal do operador C.A. não foi, assim, um evento inesperado e imprevisível, tratando-se sim de um ato perfeitamente enquadrável na patologia psiquiátrica de que era**

portador o paciente e típico da grave crise psicótica em que o mesmo se encontrava. Não há dúvida, pois, que o ora acusado poderia e deveria imaginar a possível (se não provável) ocorrência de tal evento”.

Ao afrontar o tema da subsistência de um nexos causal entre a conduta e o resultado, o juiz G.A. não omite a dificuldade de se estabelecer, com certeza, a existência de uma relação de causa e efeito no campo psiquiátrico entre a adoção (ou a não adoção) de uma escolha terapêutica e a exacerbação da patologia do paciente. Desenvolve erudita análise sobre a matéria. A seu dizer, hoje já foi repudiado “... no procedimento de explicação causal, o método dedutivo que, pressupondo um completo conhecimento de todas as condições iniciais do processo causal e uma perfeita demonstrabilidade científica e empírica de todas as fases, pretende fornecer uma resposta certa e absoluta porque fundada em leis universais. Não há dúvida que, especialmente em matéria de culpa médica, uma imputação objetiva do resultado fundada em base estritamente causal, condicional, tendo em conta a medida de incerteza que permeia a matéria da clínica e da medicina em geral, comportaria substancial renúncia a sancionar penalmente comportamentos com frequência gravemente descuidados a incidir sobre o bem primário da vida humana. O critério da ‘certeza científica’ foi assim progressivamente substituído pelo da ‘certeza processual’, com base no qual subsiste o necessário nexos de causalidade quando a conduta do agente tenha sido condição necessária do resultado com ‘alto ou elevado grau de credibilidade racional’ ou ‘probabilidade lógica’ (cfr. Cass. Pen., S.U., 13 de fevereiro de 2002, Franzese). Na prática judiciária, observa-se como subsistem hipóteses relativas a condutas culposas e comissivas, nas quais a verificação do nexos causal não diverge da que se teria ao se qualificar como omissiva a conduta do agente. É claro que o profissional da saúde que erra o tratamento incorre em culpa ativa, do ponto de vista etiológico, pondo em ação as condições positivas do resultado lesivo, mas,

ao mesmo tempo, do ponto de vista jurídico, não tendo ativado as condições negativas do mesmo. Sua conduta, pois, de um lado, é condição do resultado porque o determina (no mínimo acelerando os tempos do processo) e, por outro lado, igualmente o é porque não ativa condições impeditivas do mesmo”.

Ainda sobre o tema da causalidade, entende o juiz que os peritos do juízo tenham documentado suficientemente – com base em respeitáveis estudos científicos e dados estatísticos – a relação entre distúrbios mentais maiores e delinquência, assim como entre esquizofrenia (ou outras psicoses) e comportamento violento, perfeitamente aplicável a essa situação. Com relação à argumentação dos peritos da parte, que formulavam a hipótese de que, à base da descompensação de Giovanni, poderiam estar causas diversas da modificação da terapia farmacológica, como eventos traumáticos ou estressantes, o juiz rejeita tal argumentação sem, no entanto, excluir o efeito de possíveis concausas. **“Este juiz está convencido de que os eventos traumáticos, apontados pelos especialistas da defesa (como as mortes das companheiras de comunidade, aliadas à situação relativa à descoberta do esgotamento de seus fundos bancários), incidiram decisivamente sobre o estado psíquico de M.G. Todavia, no que diz respeito à conduta objeto de inculpação, é de se entender que tais fatores agiram apenas como concausas, insuficientes, por si sós, para determinar o resultado. Com efeito, é de se aplicar, nessa matéria, o princípio jurídico da equivalência das causas, segundo o qual o nexa causal só se exclui se se verificar uma causa autônoma e sucessiva em relação à qual a precedente seja de se considerar tamquam non esser; enquanto tal nexa não pode ser excluído quando a causa sucessiva tenha apenas acelerado a produção do resultado (Cass. pen., seção V, 14 de julho de 2000, Falvo)”.**

Na mesma linha, o juiz repele a tese dos peritos da parte, segundo a qual as manifestações comportamentais do paciente, na realidade, seriam uma variável dependente das mudanças ambientais-relacionais e não do tratamento farmacológico. Tal convencimento se baseia na

documentação clínica relativa às internações no HPJ de Giovanni nos anos posteriores ao homicídio. Com efeito, em todo esse período, o paciente, embora submetido a uma terapia farmacológica maciça e constante, não demonstra nenhuma melhora em sua agressividade.

“Este julgador está convencido (embora sem ter sobre o tema específico a contribuição cognoscitiva e valorativa dos peritos, já que as deduções foram depositadas in limine litis) de que tais cortantes conclusões não são aceitáveis. Em primeiro lugar, porque partem de uma premissa errada: o M., internado em 27 de maio de 2000, na estrutura de Montelupo Fiorentino, não é – do ponto de vista psiquiátrico – a mesma pessoa que, apenas um mês antes, começava a manifestar os primeiros problemas comportamentais na comunidade residencial onde morava. O paciente internado em seguida ao crime é um sujeito a quem, à grave crise psicótica em ação, juntam-se dois traumas de dimensão relevante: o homicídio perpetrado de maneira extremamente violenta e o desenraizamento de um contexto ambiental tranquilizador, como era a comunidade residencial Albatros, com o recolhimento para-carcerário em uma estrutura predominantemente de contenção, como é o hospital psiquiátrico judiciário. De outro lado, porque – como já se observou anteriormente – é razoável entender que a situação de grave descompensação psicótica de M. não tenha sido determinada por um ou outro fator (a modificação da terapia ou por condições externas, como os lutos ou traumas), mas sim pela combinação de todas essas condições que, deixadas sem controle, tornaram possível a ocorrência do homicídio. Conforta tal conclusão a constatação de que, após um primeiro período de internação em Montelupo, caracterizado por impulsos de violência e agressividade, M., ambientando-se à nova realidade e novamente sedado com a administração de neurolépticos, foi progressivamente diminuindo suas agitações, tendo, ao menos nos últimos tempos, se estabilizado substancialmente. Quanto às sucessivas internações, a progressiva evolução da patologia em ‘psicose orgânica’ e os fatores

traumáticos derivados das transferências para novas realidades ambientais impedem que se compreenda e se avalie completamente a etiologia de suas manifestações agressivas”.

Finalmente, a sentença enfrenta o tema do concurso culposo no crime doloso. A defesa do acusado invocara a sentença da Cassação Penal, Seção IV, de 11/10/1996, 9542, na qual se faz referência a dois artigos do Código Penal (o art. 42, parágrafo 2º do CP, segundo o qual a punibilidade a título de culpa é prevista somente nos casos expressamente previstos em lei; e o art. 113 CP, pelo qual a coparticipação culposa é prevista somente no caso de delito culposo). Da leitura combinada desses dois artigos, seria de se concluir que o concurso culposo não é configurável em delito doloso, requerendo o art. 42 parágrafo 2º CP uma previsão expressa que, no entanto, está ausente, enquanto o art. 113 CP fala de cooperação no delito culposo e não de cooperação culposa no delito, contemplando assim tão somente o concurso culposo no delito culposo. Mas, para o juiz G.A., **“... tal construção, aliás completamente desatenta da mais moderna doutrina penal, foi recentemente invertida pela própria Cassação, que explicitamente afirmou ‘o concurso culposo é configurável ainda em relação ao delito doloso, não o obstando a previsão do art. 42, parágrafo 2º CP que, referindo-se somente à parte especial do Código, não diz respeito às disposições dos arts. 110 e 113 CP’ (Cass. Pen., seção IV, 9 de outubro de 2002, no 39680, Giancarlo: trata-se de episódio em que foi afirmada a responsabilidade a título de culpa de um sujeito que, pelo estado de abandono e negligente descuido em que mantinha um depósito de material de borracha, contribuíra para pôr em atuação as condições para que se verificasse um incêndio, que, na realidade, acabou por ser ateado por desconhecidos). Na realidade, no caso em espécie, não parece sequer necessário despertar a problemática do concurso culposo no crime doloso, posto que tal não pode ser considerado o ato do incapaz de entender e querer. Raciocinando diversamente, de fato se deveria excluir a punibilidade da conduta da professora**

primária que, omitindo-se culposamente de exercer a necessária vigilância, não impedisse que um aluno ‘voluntariamente’ ferisse um companheiro de brincadeiras. A criança, assim como o enfermo psíquico, para a lei penal, é sujeito privado da capacidade de entender e querer; todavia, do ponto de vista psicológico, não se pode excluir que possa cometer um ato intencionalmente. A esse propósito, a moderna doutrina fala, referindo-se aos estados psicológicos dos incapazes de entender e querer, em ‘pseudo-dolo’ e ‘pseudo-culpa’. O que, na realidade, reprova-se ao ora acusado não é ter concorrido com sua própria conduta culposa na atividade delituosa de M., mas sim não ter impedido um resultado (a morte de C.) que, na qualidade de detentor de uma posição de garantidor, tinha o dever jurídico de impedir”.

Na conclusão, quando da fixação da pena (conforme os critérios estabelecidos no art. 133 CP), diz o juiz “... é de se considerar que, embora a conduta do acusado frequentemente se caracterize por uma superficialidade comportamental e manifesta inadequação, a escolha terapêutica adotada (embora não na modalidade que o caso concreto impunha) se mostra conforme uma interpretação mais evoluída e moderna da psiquiatria, que vê o papel do médico mais de uma perspectiva terapêutico-sanitária do que de contenção da periculosidade social do paciente. Não se pode deixar de concordar com as argumentações da defesa no ponto em que evidenciam que o médico, quando podia adotar uma escolha cômoda, mantendo o paciente sedado até o fim de seus dias, adotou, ao contrário, uma escolha terapêutica voltada a permitir que M. tivesse uma melhor qualidade de vida”.

Sentença de segundo grau: sentença no 66/07, no.2006/1595 R.G., 12 jan. 2007 da Corte de Apelação de Bolonha, terceira seção penal

Sentença da Câmara em Conselho na Causa Penal contra

P.E., em impugnação à sentença proferida pelo G.U.P. de Bolonha, em 25/11/2005,

P.Q.M.

Nos termos dos arts. 592 e 605 CPP, confirma a sentença pronunciada pelo GUP do Tribunal de Bolonha, em 25/11/05, contra a qual apelou o acusado P.E., condenando-o ao pagamento das despesas processuais relativas a esse grau de jurisdição. Condena, ainda, o acusado a reembolsar as despesas despendidas pelas partes civis constituídas, liquidando-as em 2.400,00 euros a favor da parte civil B. e 2.400,00 euros a favor das partes civis B. e C., além das despesas gerais, IVA e CPA. Prazo para depósito em cartório da fundamentação: 90 dias. Bolonha, 12 de janeiro de 2007.

O procedimento em segundo grau, concernente à sentença no 1984/2005, foi instaurado pelos advogados de defesa do Dr. Euro, em 8 de março de 2006. Os advogados entenderam que a indicação das provas em que se baseou a decisão poderia estar correta enquanto enumeração, mas a valoração das provas, em seu conjunto, fora equivocada, porque feita em violação ao art. 192, parágrafos 1 e 2 CPP. Além disso, apontaram que a enunciação das razões pelas quais o juiz considerou não dignas de crédito as provas contrárias denunciava, de um lado, uma submissão acrítica às observações dos peritos do juízo, não adequadamente motivada, e de outro, uma refutação às vezes ausente, e sempre parcial e superficial, dos argumentos dos consultores da defesa.

Em essência, o juiz teria aplicado o conceito de dever de garantia do psiquiatra em manifesta contradição com o contexto normativo consequente à lei da reforma psiquiátrica. No quadro das competências profissionais necessárias ao desenvolvimento da função psiquiátrica, de fato não caberia ao psiquiatra a total responsabilidade pelo controle dos comportamentos manifestados pelo paciente, que, ao contrário,

tem quotas de autodeterminação, não podendo ser considerado *tout court* como um sujeito perigoso. A conduta do paciente psiquiátrico não pode ser, sempre e unicamente, manifestação de doença e insensatez; analogamente, a psicofarmacologia não pode ser considerada como instrumento de controle e repressão de tal conduta. O remédio não tem o poder de eliminar um pensamento interpretativo da realidade, podendo simplesmente atenuá-lo e tornar menos perturbadora a relação interpessoal. Os peritos psiquiatras, de que se valeram os magistrados, teriam revelado uma ótica biologista e reducionista, enquanto o mais autorizado pensamento científico considera como método de referência no campo do saber psiquiátrico a complexidade e, como seu conseqüente corolário prático, o tratamento integrado bio-psico-social. Os peritos, *a posteriori* e em relação a um evento dramático, teriam erroneamente construído um nexo de causalidade direto entre redução do remédio e manifestação do pensamento interpretativo-delirante. Os advogados, no entanto, entendem ter documentado, através da literatura científica e das considerações amplamente aprofundadas dos peritos da parte, como é de se excluir um vínculo de causalidade linear e unívoco entre a redução da terapia farmacológica e o recrudescimento psicopatológico.

No recurso de apelação é contestada ainda a responsabilidade, atribuída ao doutor Euro, de não ter ativado o Tratamento Sanitário Obrigatório em relação a Giovanni: para a parte recorrente, não subsistiam os elementos previstos em lei. Finalmente, requereram os advogados a juntada de cópia do original do parecer pericial, depositado no Tribunal de Ímola, em sede do Juízo Cível, onde se desenvolve o processo entre a AUSL de Ímola – de quem era empregado o Dr. Euro –, a Cooperativa gestora da Comunidade *Albatros* e os herdeiros de Ateo. Tal parecer afirmaria que: nada pode ser atribuído ao doutor Euro, nem sob o aspecto da imperícia, nem da negligência, nem da imprudência; tratou-se de uma escolha terapêutica justificada, talvez imperativa; em uma avaliação *ex post* dos acontecimentos, tratou-se de erro “escusável”; não estavam presentes os pressupostos do

tratamento sanitário obrigatório.

A sentença da Corte de Apelação, todavia, rejeita toda a argumentação da defesa e confirma a sentença de primeiro grau, com a condenação do doutor Euro ao ressarcimento dos danos e ao pagamento das despesas das partes civis. Reitera o nexo de causalidade revelado pelas provas produzidas, em relação à não internação do paciente em regime de TSO. Sobretudo, reitera que os comportamentos do doente mental são sempre uma manifestação da doença e que o paciente, por definição, não responde por suas ações, por elas respondendo o psiquiatra que pode controlá-lo, assim se revestindo de uma precisa posição de garantidor.

Sentença de terceiro grau: Sentença da Cassação, Seção IV Penal, 11 de março de 2008, no 10795

... Das considerações antes expostas, segue a rejeição do recurso, com a condenação do recorrente ao pagamento das despesas processuais, além dos efeitos sobre a ação civil, conforme disposto

P.Q.M.

a Corte Suprema de Cassação, seção IV penal, rejeita o recurso e condena o recorrente ao pagamento das despesas processuais. Condena-o ainda a reembolsar às partes civis as despesas por elas despendidas no presente grau de jurisdição, despesas que liquida no total de 3.000,00 euros para a parte civil B.I. e no total de 3.600,00 para as partes civis B.M. e C.A., além de, para todas as referidas partes civis, IVA, CPA e despesas gerais, como estabelecido em lei.

Assim foi decidido em Roma, em 15 de novembro de 2007. O Relator (Dr. C.B.).

Ao julgar culpado o doutor Euro, a sentença considera a posição

de garantidor do psiquiatra, sua responsabilidade no tratamento do paciente, examina a previsibilidade do resultado, o princípio de confiança e o dever de informação do médico, descrevendo, enfim, o mecanismo causal do resultado, distinguindo entre causalidade comissiva e causalidade omissiva.

Preliminar e relevante é a afirmação concernente à posição de garantidor do psiquiatra. Com efeito, a sentença estabelece que, qualquer que fosse o cargo formalmente atribuído ao doutor Euro, de fato ele desenvolvia a função de tutela da saúde psíquica do paciente, em vínculo contratual que a estrutura – pública ou privada – lhe conferiu e em vínculo normativo consequente à instauração de uma relação terapêutica. O médico, portanto, estava sob o ônus de uma posição de garantidor, no aspecto do dever de proteção, ainda que os aspectos sociais, relacionais, reabilitadores e comunicativos fossem apanágio dos operadores não médicos e não sanitários.

Julga o psiquiatra responsável por imperícia e imprudência – **“culpa por grosseira violação das regras da arte médica”** – no tratamento do paciente. Funda tal juízo na drástica redução do Moditen, não executada com gradualismo (20% a cada vez, com intervalos de três meses), não tendo em conta a presença de distúrbios nos cinco anos anteriores, nem a gravidade da patologia (**“esquizofrenia paranoide crônica em fase de parcial remissão”**), diante de um parecer contrário dos colegas. A situação estava à beira da descompensação no momento da modificação da terapia e sofreu sucessivo agravamento. O psiquiatra não acompanhou a redução da terapia com medidas necessárias de apoio, quando a própria posologia no tratamento de urgência era ineficaz.

A Corte, todavia, não encontra culpa omissiva pela ausência do TSO, enquanto ausente o requisito da falta de aceitação das terapias por parte do paciente.

A sentença entende que a previsibilidade do resultado restou afirmada: sendo a patologia de Giovanni tratada de maneira incongruente, a situação era apta a exasperar as manifestações

de agressividade contra terceiros (“**era iminente a reação violenta**”). Confirmam-no três episódios sintomáticos de possível descompensação (a tentativa de esconder uma faca), verificados depois da primeira redução do remédio e os outros dois episódios delirantes (o delírio do desaparecimento do dinheiro), verificados entre a redução e a suspensão do remédio.

Em relação ao princípio da confiança e ao dever de informação do médico, a sentença encontra negligência por falta de obtenção das informações: o médico ignorava que o paciente tivesse estado internado em HPJ; deveria ter solicitado as periódicas verificações efetuadas pela equipe e ter se informado mais ativamente. Além disso, as visitas do médico eram marcadas pela pressa e superficialidade. Diante das considerações da defesa, a Corte precisa que as omissões de informações úteis por parte dos operadores da estrutura podem ter uma eficácia cocausal, mas não excluem a culpa do médico.

Com referência à relação de causalidade, a Corte rejeita a objeção concernente à omissão de verificação da concatenação causal em todos os seus aspectos fáticos e científicos necessários (responsabilidade organizacional e de outros sujeitos), e que mesmo um tratamento antipsicótico correto não excluiria o risco de recaída, apenas reduzindo-o em 2/3. Isto, para a Cassação, é um critério probabilístico inidôneo a fundar um juízo positivo sobre a causalidade. Em apoio à tese da causalidade, é citada a Sentença Cass., Seção IV, 6/12/90: **“basta que o juiz traga à luz um ou mais antecedentes que, assim o sejam de acordo com as leis da ciência, sem os quais, com alto grau de probabilidade, o resultado não teria se verificado”**.

Enfim, a Corte ressalta a necessidade de se evitar confusões entre causalidade comissiva e causalidade omissiva: na primeira, é uma proibição que é violada; na segunda, a violação de um comando.

Na responsabilidade profissional do médico estão presentes condutas ativas e passivas que interagem entre si, tornando difícil precisar a causalidade. É comum se dizer que médicos que erraram diagnósticos e terapias não violaram um comando penal, mas sim

somente uma proibição de causar, ou contribuir para causar, lesões ou mortes, com negligência, imperícia ou imprudência.

Mas, o psiquiatra não violou um comando, omitindo-se de intervir em um caso que requeresse sua ação (causalidade omissiva), violando sim a proibição de administrar as terapias farmacológicas de modo incongruente, inicialmente com uma imotivada redução e, depois, suspendendo-as (causalidade comissiva). O psiquiatra, em essência, introduziu no quadro clínico do paciente um fator de risco que acabou por efetivamente se concretizar. Não se trata, porém, de uma referência genérica à teoria do aumento do risco, mas da introdução de um fator causal que provocou, ou contribuiu para provocar, o resultado: a descompensação verificada estava etiologicamente ligada à modificação terapêutica.

O procedimento relativo à coordenadora da residência e à assistente social

Sentença de primeiro grau: Tribunal de Bolonha, Seção destacada de Ímola, 23/6/2006

Paralelamente ao processo contra o médico psiquiatra, desenvolve-se na sede autônoma de Ímola o procedimento relativo à coordenadora da residência e à assistente social do Departamento de Saúde Mental de Ímola. O procedimento é complexo e se protraí no tempo. Somente à distância de 6 anos, em 23 de junho de 2006, é proferida a sentença de primeiro grau.

Em nome do Povo Italiano, o Tribunal de Bolonha, seção destacada de Ímola, na pessoa do Dr. S.P., proferiu e publicou mediante leitura do dispositivo a seguinte sentença em face de: G.A.; M.L.

Nos termos dos arts. 62 bis CP, 533, 535 CPP; declara M.L. culpada do crime a ela atribuído e, reconhecendo

em seu favor as circunstâncias atenuantes genéricas, condena-a à pena de quatro meses de reclusão, além do pagamento das despesas processuais. Nos termos dos arts. 163 e 175 CP, determina a suspensão condicional da pena pelo prazo de cinco anos, determinando ainda que a presente sentença condenatória não seja mencionada em certidões penais expedidas a requerimento de particulares, exceto por razões de direito eleitoral...

Nos termos do art. 530, parágrafo 2º CPP, absolve G.A. do crime a ela atribuído, por não ter a mesma cometido o fato.

Nos termos do artigo 331 CPP, determina a remessa dos autos ao MP junto a esse juízo, para que avalie a relevância penal das declarações prestadas por T.R. na audiência de 29 de setembro de 2005. Nos termos do art. 544, parágrafo 3º, indica o prazo de 90 dias para o depósito em cartório das motivações.

Ímola, 23 de junho de 2006.

Na sentença, o juiz acolhe as opiniões dos peritos do MP e as contrarrazões da defesa da assistente social G.A., rejeitando, no entanto, as da defesa da coordenadora da residência Dra. Laura, em relação à qual reconhece a responsabilidade derivada da subsistência de uma posição de garantidor. Como se vê, a sentença decalca a motivação formulada, poucos meses antes, pelo Tribunal de Bolonha, em relação ao psiquiatra. Mas, por não falar explicitamente em concurso culposo, pode-se legitimamente questionar se, de certa forma, as duas sentenças, não seriam alternativas.

De todo modo, vale a pena destacar a linguagem dessa sentença – e, assim, de toda a sua impostação teórica –, fundada em uma ótica psiquiátrica decisivamente tradicional e organicista: “...Estão presentes todos os sintomas da esquizofrenia, que constituem os critérios universalmente aceitos em âmbito científico...a esquizofrenia

se caracteriza por importantes distúrbios comportamentais e frequentes manifestações de violência e agressividade”. Em outras passagens, são formuladas considerações desconcertantes, a revelar um substancial preconceito em relação aos pacientes psiquiátricos: **“Com efeito, M., até em sua aparência, não era uma pessoa normal”** (mas, como é possível dizer uma coisa dessas!); **“... fonte de perigo que, de todo modo, reside na doença mental, de um ponto de vista sanitário”**. Usa, quer expressões alarmistas e de perigo (**“as facas mortíferas”**), quer expressões impregnadas de forte estigma (**“...um louco que se sabia potencialmente fora de controle”**). Por outro lado, atribuir ao louco responsável pelo homicídio a imagem de um monstro perigoso resulta da vontade de fazer crer que a gestão da crise por parte dos acusados teria sido irresponsável e culpável, mas corresponde também à evidente **“ausência”** no processo do paciente, **“desaparecido”** dentro do Hospital Psiquiátrico Judiciário, na implícita confirmação de sua periculosidade social. Naturalmente, seria de se indagar se essas expressões teriam sido utilizadas mesmo na presença do interessado! Mas, sabe-se: os direitos do ausente são sempre reduzidos!

4. O procedimento civil

4.1. Causa Cível perante a Seção de Ímola do Tribunal de Bolonha entre os herdeiros C.A., a AUSL de Ímola e a Cooperativa Albatros

Relato a perícia dos consultores técnicos oficiais no procedimento civil entre os herdeiros C. e a AUSL de Ímola e a Cooperativa *Albatros*. O tema, na realidade, não deveria ter sido incluído no presente trabalho, já que preestabelecido que a matéria a ser abordada diria respeito ao aspecto penal do concurso culposo em homicídio doloso. Mas, como a perícia trata do tema da responsabilidade profissional, pareceu-me oportuno inseri-la no texto, para uma maior completude das informações. É de se considerar ainda que a defesa do psiquiatra tentou inutilmente utilizar exatamente tal perícia na apelação.

Essa perícia revela, mais uma vez, uma “outra verdade”, com uma radical inversão do quanto afirmado pelos outros peritos, mas também introduz muitas inexatidões que é preciso corrigir. Preliminarmente, vale notar que os quesitos formulados pelo juiz deslocam a ótica das indagações do plano individual para aquele mais complexo – o da organização (o projeto terapêutico, a tipologia da estrutura, os acordos entre ASL e Cooperativa). Essa ótica se justifica pela própria natureza do processo: estamos em uma causa cível, onde adquire importância, para o contencioso econômico, o peso institucional dos sujeitos imputáveis. Objetivamente, é preciso ter presente que, quando a perícia é entregue, a sentença condenatória de primeiro grau em face do psiquiatra já fora proferida, mas não a sentença em face da coordenadora da residência. A ASL de Ímola está apenas marginalmente envolvida na sentença condenatória do Dr. Euro, pois o psiquiatra não subscrevera a apólice de seguro que a ASL previra para seus empregados, já que tinha uma cobertura assecuratória diversa. Os herdeiros C. propuseram, nesse caso, uma ação cível que, além de pretender responsabilizar o psiquiatra, queria demonstrar,

através da responsabilidade da assistente social e da coordenadora da residência, também a responsabilidade da ASL e da Cooperativa Seacoop.

Perícia dos consultores técnicos do juízo no procedimento civil em curso perante o Tribunal de Bolonha – Seção Autônoma de Ímola, no 20779/01 R. G. N. R., em tema de responsabilidade profissional

Diante de investidura prévia como Consultores Técnicos do Juízo, em 16 de julho de 2004, o Exmo. Dr. C.A., Juiz do Tribunal Cível de Bolonha, seção destacada de Ímola, encarregou os abaixo-assinados, prof. F.U. e prof. G.I., de proceder a avaliações em tema de responsabilidade profissional, no procedimento em epígrafe. Após ser prestado o compromisso, apresentou-nos os seguintes quesitos:

Queiram responder os CTJ, examinados os autos do processo, obtida, onde necessário, ulterior documentação sanitária, obtido o registro das atas das reuniões de equipe e os livros de registros existentes na comunidade-abrigo *Albatros*, e qualquer outra documentação que possa ser fornecida pelas partes, bem como ouvidas, se for o caso, pessoas que tenham informações sobre os fatos:

1. Se a formulação diagnóstica sobre o paciente M.G., no período anterior aos fatos objeto da causa (com especial referência aos últimos meses), estava correta, e se o programa terapêutico previsto e as terapias efetuadas, no mesmo período, eram congruentes com uma correta colocação diagnóstica, identificando, em caso contrário, as pessoas cujas condutas não foram coerentes com a correta prática operacional e dizendo se o comportamento de M.G., praticando o homicídio, poderia ter sido evitado;

2. Se a estrutura na qual M.G. estava inserido era definitivamente idônea para assegurar as necessidades

terapêuticas e, se por qualquer motivo, tornara-se temporariamente inidônea para assegurar os cuidados e a vigilância do paciente; em tal caso, queiram indicar as soluções diversas que, em uma valoração *ex ante*, deveriam ter sido adotadas;

3. Se a estrutura era administrada de acordo com as normas legais vigentes na matéria, e se a referida estrutura era administrada em conformidade com os acordos realizados entre AUSL e Seacoop; em caso contrário, queiram indicar os elementos de gestão não conformes, dizendo, ainda, se, com uma administração mais correta, o evento posteriormente verificado poderia ter sido evitado;

4. Se os acordos entre AUSL e Seacoop foram estipulados em conformidade com as normas legais; em caso contrário, queiram indicar os acordos não conformes e seus reflexos no tratamento do paciente M.G. e na ocorrência do evento em questão.

São as seguintes as considerações conclusivas:

Não se visualizam, a nosso ver, comportamentos culposos individuais, no âmbito da atividade diagnóstica e terapêutica, de modo a constituir fator causal necessário e suficiente para produzir o resultado posteriormente verificado e, vice-versa, de modo a induzir a pensar que, sem aquele comportamento culposo, ou com comportamento diverso, o fato teria sido evitado. Em outras palavras, entendemos que a complexidade do caso não pode ser reduzida exaustiva e realisticamente à censura da ação de uma ou mais pessoas. Neste sentido, afastamo-nos, em grande parte, das deduções efetuadas pelos peritos I.M. – S.M., em seu relatório, no que elencam uma série de faltas verificadas no tempo, com efeito de acúmulo e interação,

quais sejam: a não obtenção por parte do CSM, à época da liberação de M.G. do hospital psiquiátrico (1995), dos prontuários clínicos anteriores, como única fonte da história clínica pregressa do paciente; a equivocada inserção do mesmo na estrutura *Albatros*; as frequentes mudanças de terapeuta, somente em parte justificadas, e a escassa demonstração nos prontuários clínicos de uma ‘passagem de entrega’ acompanhada de uma eficaz comunicação dos dados clínicos do caso; a escassa comunicação e integração entre comunidade e CSM, seja em geral, seja no período específico da mudança de terapia; a falta de comunicação do episódio entre M.G. e C.A. de 23/5, por parte da Dra. M.L.; falta de determinação de um caminho a seguir em situações de emergência-urgência; a insuficiente presença de psiquiatras no interior da comunidade; a falta de um plano de tratamento individualizado compartilhado pela equipe do CSM e a equipe da estrutura; várias inadimplências da equipe psiquiátrica, a tornar menos válido e eficaz o tratamento do caso; insuficiente presença e pouca atenção, por parte de *Ippogrifo* e *Seacoop*, na seleção e atualização profissional do pessoal, acompanhada de escassa supervisão e controle por parte da AUSL. Algumas dessas queixas fazem referência a responsabilidades individuais (aí incluída a censura ao Dr. P.E. por ter suspenso a terapia *depot*), outras, à responsabilidade de equipe, atribuídas seja à equipe psiquiátrica, seja à sócio-reabilitadora, enquanto outras ainda se referem à responsabilidade de tipo organizacional. Com efeito, no caso em questão, é difícil fornecer uma visão unitária e uma chave interpretativa e argumentativa tal que consinta ao magistrado uma precisa atribuição de responsabilidades: parece evidente que nenhuma das faltas individuais constitua causa necessária e suficiente do resultado verificado, que, portanto, não se

enquadra no âmbito de uma responsabilidade subjetiva; nem mesmo o comportamento incongruente de C.A., que seguramente precipitou o evento, pode ser tido como de valor unicausal, na medida em que seu comportamento foi ditado (em perfeita boa-fé profissional, como surge das anotações no livro de registros da comunidade) pela ausência ou insuficiência de preparo específico e pela atribuição de tarefas que requeriam tal preparo (como a autoadministração de remédios assistida); mas, tampouco a chave de leitura plurissubjetiva de responsabilidade no interior da equipe (ou da interação entre diversas equipes) pode fornecer uma chave de leitura exaustiva, na medida em que a análise não pode estar limitada à valoração do comportamento e da interação dos operadores individuais no último período, segundo os critérios de confiança e não-confiança, ou segundo o da responsabilidade difusa; este último pareceria bastante adequado (na medida em que, sem dúvida, são identificáveis numerosas faltas individuais, nenhuma delas causalmente eficaz, ainda que concorrendo para determinar o resultado), mas não exaustivo, na medida em que existem importantes aspectos organizacionais de natureza administrativa que transcendem a ação técnica dos indivíduos e das equipes, colocando-se como um pressuposto destas, com eficácia determinante no condicionamento do *modus operandi* dos indivíduos. Tais aspectos devem ser buscados essencialmente: na escassa dotação de pessoal do DSM imolense, que condicionou o estabelecimento da subdivisão do trabalho dos operadores psiquiátricos de modo tal a provocar uma insuficiente presença nas comunidades; na desobediência à subdivisão entre residências psiquiátricas, com maior ou menor intensidade assistencial, no que se refere à presença de pessoal sanitário especializado no interior das comunidades

(ou, pelo menos, na falta de previsão de uma maior presença do psiquiatra na residência *Albatros*, e na falta de previsão da presença de um enfermeiro psiquiátrico, pelo menos por faixas horárias). Isso remete a uma carência organizacional de tipo estrutural, de modo a condicionar negativamente a operacionalidade dos indivíduos e das equipes em seu conjunto e de modo a se colocar como fonte principal de responsabilidade. Essa responsabilidade recai, sobretudo, sobre a AUSL, mas também sobre *Ippogrifo-Seacoop*, na medida em que, no curso dos anos, não requereu uma modificação dos termos contratuais e não denunciou, ao contrário, aceitou, um regime que a expunha a evidentes riscos de inadequada gestão dos pacientes.

Depositado em cartório, em 1 de março de 2006.

As conclusões dos expertos invertem as considerações precedentemente formuladas pelos colegas peritos do MP e adotadas pela sentença de primeiro grau. Com efeito, contrariamente àquelas análises: **“... a suspensão do Moditen Depot, por parte do Dr. P.E. deve ser considerada, a nosso ver, como uma tentativa de verificação da possibilidade de modificação de uma terapia cada vez mais incômoda para o paciente, na medida em que portadora de efeitos colaterais, considerando ainda a instauração de uma melhor relação terapêutica médico-paciente...”**. Em essência, **“... a tentativa de suspensão da terapia, a nosso ver, não deve ser incluída no âmbito da “culpa”, mas sim no do erro, que, no caso em questão, se torna um erro escusável, na medida em que diz respeito a um ato médico incluído nas possibilidades de erro da ciência médica enquanto ciência empírica, que, com bastante frequência, deve proceder, na prática, por tentativas e erros”**.

Os peritos afirmam, sem hesitações, que nenhuma das faltas individuais constitui causa necessária e suficiente do resultado

ocorrido e que, portanto, não nos encontramos no âmbito da responsabilidade subjetiva, afirmando ainda que tampouco a chave de leitura plurissubjetiva da responsabilidade de equipe (ou da interação entre diversas equipes) pode fornecer uma chave de leitura exaustiva. Para os peritos, apenas importantes aspectos organizacionais de natureza administrativa, transcendendo a atuação técnica dos indivíduos e das equipes, colocam-se como um seu pressuposto, com eficácia determinante no condicionamento do *modus operandi* dos indivíduos. Motivam tais afirmações, referindo-se à normativa nacional e regional: **“... as normas legais preveem que as estruturas residenciais para pacientes psiquiátricos sejam diferenciadas conforme a tipologia de sua utilização e em função da maior ou menor necessidade de intervenção sanitária especializada. Já no DPR 7.4.94, as estruturas residenciais para longa permanência eram subdivididas em três categorias, destinadas a três situações diversas: a) casos de não atribuição psiquiátrica; b) casos de assistência por serviços não psiquiátricos, mas com problemáticas neuropsiquiátricas; c) casos de exclusiva pertinência psiquiátrica. No mesmo DPR (que previa tempos de intervenção de no máximo 5 anos) se especificava que os liberados dos hospitais psiquiátricos com necessidades prevalentes de assistência psiquiátrica deveriam ser abrigados em estruturas residenciais psiquiátricas, enquanto aqueles com necessidades predominantemente sócio-assistenciais, devido à idade, à presença de desabilidades, ou à situação social, poderiam ser abrigados em uma das estruturas enumeradas nas alíneas a) ou b) do DPR 7.4.94. Por deliberação da Junta Regional de 31/3/98, no 759, foram estabelecidos os requisitos mínimos de pessoal orgânico para as comunidades protegidas psiquiátricas (dentre os quais, presença programada ou pronta possibilidade de localização do pessoal médico, de enfermagem ou de reabilitação, com relação operador-cliente não inferior a 1 para 2) e para as residências sanitárias psiquiátricas (dentre os quais, enfermeiros, educadores e pessoal de assistência de base, presença**

programada ou pronta possibilidade de localização do competente pessoal médico, de enfermagem e de reabilitação, com relação às características da clientela)... No convênio entre a AUSL de Ímola e a sociedade Ippogrifo não está prevista a presença programada de pessoal médico ou de enfermagem na comunidade Albatros, não se encarregando a comunidade da gestão psiquiátrica, enquanto a AUSL se compromete a fornecer à estrutura 'o serviço de consultoria psiquiátrica, através de figuras profissionais idôneas'; na realidade, a consultoria psiquiátrica é ofertada sob a forma de visitas psiquiátricas (ambulatoriais), possibilidade de localização para as emergências, presença nas reuniões de equipe de um psiquiatra de referência para a estrutura, uma vez por mês, e de uma assistente social, duas vezes por mês. Um convênio assim concebido não parece estar conforme à normativa nacional, nem àquela regional, sobretudo no que se refere à falta de previsão de uma presença efetiva (durante a semana, ou por faixas horárias) de um psiquiatra e um enfermeiro". Em essência, ter-se-ia a desobediência à normativa, no que se refere à presença de pessoal sanitário especializado no interior da residência Albatros. A motivação dos peritos faz referência à necessidade assistencial, com uma relação operador-cliente de 1 para 1, expressa no convênio entre AUSL e Cooperativa. Tal dado implicitamente indicaria se tratar de estrutura residencial de exclusiva pertinência psiquiátrica, necessitando, portanto, de uma relevante presença de pessoal sanitário. Ter-se-ia, além disso, a inobservância da requerida subdivisão na organização do DSM de residências psiquiátricas de maior ou menor intensidade assistencial, estando estas últimas até mesmo ausentes, contrariamente às determinações regionais e nacionais. Com efeito, objeta-se quanto à colocação em tal estrutura de um paciente que apresentava grave patologia psiquiátrica: esquizofrenia paranóica crônica. Esse conceito é claramente expresso: "... **A estrutura não era idônea, desde o início, para o paciente M.G., na medida em que sua patologia, aplacada pelos remédios, mas não extinta, requeria a colocação em uma**

estrutura residencial psiquiátrica de elevado nível assistencial, verossimilmente inexistente no território imolense (se, como parece possível deduzir da documentação examinada, todas as estruturas estavam estabelecidas do mesmo modo, ou seja, prevendo-se, para cada estrutura, tão somente uma ‘mini-equipe’ composta de psiquiatra e assistente social, com a exclusiva tarefa de consultoria e supervisão). Verificada a descompensação, a única alternativa possível seria um TSO, ou uma internação ‘forçada’ por razões de emergência”. Os peritos criticam, em seguida, a autoadministração assistida dos remédios. “... No convênio não há qualquer referência à administração dos remédios, de fato executada na forma de ‘autoadministração assistida’, vale dizer, delegada ao pessoal não sanitário da estrutura”. Finalmente, os peritos ressaltam a seleção e formação do pessoal das cooperativas. “... Podemos em parte concordar com a censura feita em relação à seleção do pessoal e à falta de promoção de formação e aperfeiçoamento, censura que, quando a esse segundo ponto, recai em parte também sobre a AUSL. Com efeito, no convênio estipulado...podem ser visualizadas obrigações relativas à formação e ao aperfeiçoamento profissional (sendo a empreiteira responsável pelo fornecimento e, portanto, também pela seleção e aperfeiçoamento de seu próprio pessoal)”.

4.2. Considerações sobre a perícia

Na perícia foram formuladas críticas ao modelo organizacional de *Albatros*, podendo ser resumidas nos seguintes conceitos. A residência seria uma instalação reabilitadora socioassistencial semelhante a uma RSA³¹, seja pelas figuras profissionais (presença de operadores socio sanitários, de educadores profissionais, ausência

31 - [Nota à edição brasileira] RSA é a sigla de Residenza Sanitaria Assistenziale, isto é, Residência Sanitária Assistencial. A RSA é uma estrutura residencial extra-hospitalar, destinada a fornecer acolhimento, serviços de saúde e recuperação, tutela e tratamentos reabilitadores aos idosos sem autossuficiência física e psíquica.

de enfermeiros), seja pelo tipo de organização (um montante de horas de pessoal sanitário bastante reduzido). Teria sido, por isso, equivocada a colocação em tal estrutura de um paciente esquizofrênico e, conseqüentemente, a estrutura teria se revelado incapaz de enfrentar a situação de crise. A própria administração dos remédios atribuída ao pessoal não sanitário da estrutura estaria a revelar essa contradição, sendo ilegal. Em um segundo passo, teriam faltado cursos de formação e de atualização para os operadores da residência, exatamente para que pudessem enfrentar semelhantes situações. Finalmente, é criticado o dispositivo que vetava a manutenção no ambulatório da residência dos prontuários das precedentes internações dos moradores, justificada como direito à *privacy* e como repúdio ao estigma psiquiátrico; esse dispositivo teria determinado uma condição objetiva de desconhecimento de um perigo a que estariam expostos os operadores. Em essência, denuncia-se, implicitamente e às vezes também explicitamente, uma superficial e ideológica posição “antipsiquiátrica” na gestão da residência e talvez em todo o processo de superação do hospital psiquiátrico de Ímola. Tal posição teria julgado ingenuamente poder resolver a problemática da doença mental simplesmente através da negação da periculosidade do paciente psiquiátrico. Tudo isto teria constituído um grave erro de avaliação, especialmente em relação a uma tipologia de pacientes (os esquizofrênico-paranóicos), que objetivamente traziam um alto risco de violência e agressividade.

A toda evidência, quem formula essas críticas não conhece o processo de desinstitucionalização como realizado em Ímola, seu rigor metodológico, a recusa a qualquer ideologia, seu valor científico, documentado pelos numerosos reconhecimentos de organismos internacionais e nacionais (dentre os quais a OMS e o Ministério da Saúde). Não conhece tampouco os dispositivos, revelando graves erros de documentação. *Albatros* era uma estrutura em que a finalidade sócio-reabilitadora prevalecia sobre a sanitária? Sem dúvida! Mas, é igualmente verdadeiro que o Departamento de Saúde Mental de

Ímola estava dotado de uma ampla gama de estruturas de tratamento e reabilitação: existiam estruturas de alta funcionalidade sanitária e outras onde, ao contrário, prevaleciam funções mais marcadamente reabilitadoras-ressocializantes. Pelo menos três (as duas unidades da residência “*Il Sole*” e a “*Lungodegenza Villa dei Fiori*”) correspondiam à tipologia de estruturas residenciais psiquiátricas de elevada intensidade e com relevante presença profissional especializada: estruturas administradas diretamente pelo DSM com pessoal próprio. *Albatros* correspondia, no entanto, à tipologia das estruturas com prevalentes necessidades sócioassistenciais, item dois do DPR 7/4/94 – estruturas para os casos assistidos por serviços não psiquiátricos, mas com problemáticas neuropsiquiátricas. A cada estrutura correspondiam organicidades diferentes (maior ou menor número de figuras profissionais sanitárias e/ou sócio-reabilitadoras) e diferentes projetos terapêuticos. Assim, contrariamente ao quanto expresso pelos peritos, *Albatros* não constituía a única escolha forçada para Giovanni, no “carente panorama da dotação do DSM de Ímola” (se ter 23 residências significa ser carente, qual seria, para os peritos, a situação ideal?!). No momento em que fosse constatada uma agravamento das condições psíquicas de um morador de uma residência, havia a possibilidade de transferi-lo para outras estruturas apropriadas. A motivação dos peritos e suas conclusões se fundam, sem dúvida, em pressupostos e dados totalmente equivocados.

Mas, de onde vem esse erro? Provavelmente de um preconceito, que fixa sua atenção na presença em *Albatros* de “pacientes psiquiátricos” e especialmente de Giovanni – um esquizofrênico-paranóico crônico. É sabe-se – parecem dizer os peritos – que um esquizofrênico, mesmo residual, permanece sempre um paciente necessitado de tratamento no interior de contextos psiquiátricos. Assim adotando uma análise *a posteriori* se infirmam escolhas efetuadas em precedência. Mas, Giovanni foi incluído em *Albatros* após atenta avaliação, que tivera em conta sua consolidada melhora e a simultânea necessidade de ter uma situação protegida de moradia e relacionamentos. Durante onze

anos, conseguira alcançar uma condição de relativo equilíbrio, que, de todo modo, não requeria medidas de contenção (e, certamente, não se pode dizer que onze anos de bem-estar constituam um arco de tempo pouco significativo!). Foi desenvolvido, para ele, um programa reabilitador individualizado, conforme a metodologia da desinstitucionalização realizada em Ímola. Os peritos dessa perícia técnica, analogamente a todos os peritos do juízo (mas, não aos das partes!), parecem entender, no entanto, que a melhoria das condições psíquicas de Giovanni fosse atribuível somente ao remédio *long acting* e que, de todo modo, fosse aparente e transitória. É uma visão primitiva, ingênua, além de redutora da realidade. Além disso, é até ofensiva em relação a quem, com grande empenho, conduziu e conduz processos relacionais e reabilitadores. Com efeito, gostaria de ressaltar, que os operadores de Albatros demonstraram saber corresponder, com alto profissionalismo, às necessidades de Giovanni, ainda que estas nem sempre fossem fáceis de interpretar e corresponder. Em suma, que Albatros constituísse uma estrutura idônea confirmam-no exatamente os cinco anos ali vividos por Giovanni, sem nenhum problema relevante de comportamento: trata-se de lapso de tempo suficiente para se verificar a correção de uma escolha.

Onde está, então, o problema? Na verdade, a objeção remete, mais uma vez, às diferentes óticas com que se afronta o tema do “restabelecimento” e da “doença”. Ambos os conceitos correm o risco de desviar atenções, na medida em que remetem a complexas considerações científicas. Mas, para simplificar, poder-se-ia dizer que Giovanni não estava totalmente “curado” dos efeitos de invalidez provocados pela doença e pela institucionalização, mas tampouco era um “falso restabelecido”. Mais simplesmente e mais corretamente, segundo a terminologia da “*recovery*”, Giovanni dera passos significativos no caminho da melhoria de suas condições psíquicas, emocionais e relacionais, estando em condições de fazer frente a uma vida social. Nesse sentido, a escolha da *Albatros* como moradia fora a melhor resposta possível.

Mas, objetou-se: os operadores de *Albatros*, por sua qualificação profissional, seriam capazes de ler as situações de agravação de um paciente psiquiátrico? A julgar pelos fatos (e contrariamente a quanto assentado pelos peritos!), dir-se-ia que sim. Confirmam-no, por exemplo, todas as suas observações no “registro secreto”. Em todo caso, eram capazes de fazê-lo, seja a coordenadora da residência (para quem era exigida a qualificação de psicóloga ou pedagoga), seja a assistente social, seja naturalmente os psiquiatras que tinham o dever de acompanhar e monitorar os projetos terapêuticos dos pacientes.

Também no caso da formação e atualização dos operadores, a documentação dos peritos é insuficiente e suas conclusões erradas. Os empregados das cooperativas sociais privadas compartilharam diversas atividades de formação e atualização voltadas para o pessoal do DSM, tendo participado de atividades específicas de formação (as atividades da “equipe transversal”).

O problema da distribuição dos remédios aos moradores da residência já foi tratado nesse livro: os dispositivos esclareciam que, exatamente pela tipologia sócioassistencial da estrutura, os remédios deveriam ser “autoadministrados” pelos moradores. O operador deveria se limitar a ajudar os interessados a desenvolverem essa tarefa, sem jamais forçar a situação. Havendo necessidade, os enfermeiros e o médico interviriam. Essa modalidade fora objeto de longos aprofundamentos e se tornara executável pela Direção Sanitária da ASL.

A referência a dispositivo que vetava o conhecimento da história dos pacientes, feita na perícia dos consultores do MP, não tem fundamento, talvez se baseando em um equívoco. Ressaltei a exigência de fundar a avaliação das necessidades do paciente em um processo de conhecimento atento, crítico, profissional, não baseado em estereótipos. A leitura dos prontuários, por exemplo, requeria competência profissional e certa capacidade crítica: numerosos estudos de revisão dos diagnósticos de internação

em hospital psiquiátrico frequentemente mostraram sua falta de fundamento, inclusive pela alteração dos critérios diagnósticos. Portanto, o dispositivo de não manter nas residências (tenha-se em conta: em um contexto não sanitário!) os prontuários clínicos das precedentes internações correspondia à exigência de evitar o acesso indiscriminado a dados sanitários dos moradores, o que estaria a lesar seu direito à *privacy*. Mas isso era completamente diferente em relação à indiscutível exigência de informação por parte dos operadores sóciossanitários. O psiquiatra avaliaria se e como dar conhecimento da história do paciente aos operadores da cooperativa, fornecendo-lhe as chaves de leitura.

Feitos esses esclarecimentos, é imperativo acolher algumas perplexidades formuladas pelos peritos. É necessário fazê-lo em relação a uma questão: como, ainda que limitada a investigação aos dias imediatamente anteriores ao evento delituoso, , diante de uma situação de tão grave sofrimento e perigo iminente, não se pôs em ação uma intervenção rápida e eficaz? Como essa percepção não foi transmitida aos responsáveis pelo DSM? Por que não foram referidas ao doutor Euro ou à Dra. P.A.M. as ameaças de Giovanni; por que se limitaram a anotá-las em um registro, sem saber se algum dia este seria consultado? Por que, durante a reunião de equipe, não foram fortemente expressos os temores e dúvidas? Como a Dra. Laura não transmite com clareza as ameaças aos psiquiatras? Como diante, primeiro, das exaustivas tentativas de envolver o psiquiatra com o caso de Giovanni e, em seguida, diante da ausência de melhora do paciente, a coordenadora da residência não se vê na obrigação de se dirigir aos responsáveis pelo DSM?

Percebe-se uma difusa dificuldade de comunicação que cria equívocos e provoca erros; é a mesma dificuldade que enfatizei em meu relatório ao Diretor do Distrito, em 16 de junho de 2000. Estamos diante de um mau funcionamento do trabalho em equipe e uma escassa integração entre o Departamento de Saúde Mental e a Cooperativa. A coordenadora da residência não consegue encontrar

a forma de comunicar informações importantes e expressar as vivências dos operadores, mas tampouco parece exigí-lo. O psiquiatra modifica o tratamento farmacológico sem envolver os operadores da residência e, quando, sucessivamente, dá-lhes uma tarefa, pede-lhes um comportamento passivo. Quando, em reunião, fala-se de Giovanni, parece natural – para o psiquiatra, mas também para os operadores – que esteja ausente o terapeuta que tem a seu encargo o paciente. E a Dra. P.A.M., que exerce as funções de supervisão não percebe a profunda ansiedade dos operadores e não visualiza as dificuldades em que se encontra a coordenadora?

As necessidades terapêuticas de Giovanni não se medem unicamente em miligramas de Moditen ou na realização de um TSO. Em uma situação psicopatológica grave, o que o paciente necessita é ser “assumido” por um grupo que se mova por um projeto claro, que mostre generosidade e intensidade de pensamento. Como ensinou a experiência de desinstitucionalização, é essa espécie de energia coletiva que permite conter psicologicamente o paciente grave. Nesse caso, as carências são desconcertantes, exatamente porque acontecem em um contexto em que aquela experiência era conhecida e praticada há longo tempo.

Na realidade, o modelo original da residência previa um só psiquiatra de referência para todos os moradores, o qual se tornava automaticamente ponto de referência também para os operadores. Os projetos terapêuticos e sua verificação eram fruto de um trabalho comum entre o psiquiatra, o assistente social e os operadores. Com o tempo, a atividade reabilitadora se assentara em níveis de rotina e parecera oportuno reduzir o empenho médico para encaminhá-lo a outros setores do DSM. Além disso, para atender as necessidades de escolha dos pacientes individualmente permitiu-se a presença de outros psiquiatras nas residências. Essa solução, porém, aumentava a complexidade da situação, introduzindo dificuldades de comunicação e impondo exigências de coordenação maiores e mais delicadas. Em *Albatros*, do que se pôde apurar, entrara em crise a

função de coordenação do psiquiatra de referência e a de um grupo de trabalho coeso, entusiasta e motivado, em que se substituíram situações provocadoras de confusão e conflitos. É oportuno ter presente, no entanto, que esse modelo foi substancialmente mantido em todas as outras residências, sem criar conflitos, trazendo, ao contrário, decisivas melhorias para os moradores. Coloca-se, então, novamente, a pergunta original: o que não funcionou em *Albatros*? É difícil responder, talvez porque seja próprio das organizações fundadas no elemento humano serem opináveis e rapidamente modificáveis. O suceder natural dos fatos às vezes resolve os erros, outras vezes esconde-os, tornando-os críticos.

A Direção do Departamento de Saúde Mental certamente tem sua parcela de responsabilidade: na ausência de indicativos claros de disfunção (não existiram!), coisas demais foram tidas como certas. Paradoxalmente, exatamente os resultados positivos até então obtidos com a colaboração da organização social privada induziram um comportamento de presunção e reduziram a atenção. De alguma forma, era previsível certo desgaste do processo de desinstitucionalização, por razões fisiológicas, mas se esperava que isso acontecesse muito mais tarde. A “situação sentinela” de *Albatros* mostrou, no entanto, como o processo de regressão poderia progredir rápida e seriamente, quando se introduzem, em um contexto consolidado, algumas novidades (um médico sem experiência antimanicomial; um educador cheio de boa vontade, mas inapto a trabalhar com pacientes psicóticos; a perda do papel de referência do psiquiatra da residência; o aumento do *turn over* do pessoal da cooperativa, que, à época, inclusive mudara sua direção; uma situação de transição no vértice do DSM). Mas, existiam também razões estruturais que faziam presumir o surgimento de ulteriores dificuldades.

A área de acolhimento dos velhos hospitais psiquiátricos de Ímola (*a catchment area*) se referia a toda a Romagna e à província de Bolonha. A superação da instituição teve, assim, de envolver todas as empresas sanitárias dessa área. Era, portanto, evidente que o

processo se revelaria complexo e com graves dificuldades. Os recursos do velho hospital psiquiátrico foram progressivamente se reduzindo (corretamente!), com o objetivo de alcançar, em cada realidade local, uma relação ótima entre as exigências dos estados agudos e as da reabilitação. Em essência, era preciso operar uma progressiva transferência de responsabilidades e recursos de uma situação centralizada para as realidades do território. Mas, esse processo acabara por exacerbar as exigências das residências terapêuticas, sem considerar simultaneamente os efeitos das políticas das ASL, constantemente tendentes a reduzir as despesas sanitárias, incidindo especialmente nos setores de menor “peso tecnológico”, como a Saúde Mental. Em essência, era preciso fazer, como atualmente há muitos anos vem se fazendo, o “casamento com figos secos³²”. Essa condição provocou um equilíbrio bastante precário do sistema, com o risco de que elementos de relevância mínima pudessem induzir efeitos negativos relevantes. Essa reflexão é útil para tornar compreensível a “zona cinzenta” em que se movia a cooperativa: como a cooperativa não comunicou ao DSM as verdadeiras razões da transferência do educador Ateo; por que não acolheu os pedidos da coordenadora de tirá-lo de *Albatros*, por que constrangeu sua coordenadora a mentir e rasgar sua denúncia; por que os sinais de mal-estar entre os operadores foram escondidos? Pode-se antecipar uma hipótese: existia uma necessidade da parte da cooperativa de minimizar os problemas, por medo de ser julgada incapaz ou menos capaz do que outros para administrar as situações difíceis. O clima competitivo criado entre as cooperativas de serviços, em consequência da redução de recursos por parte da AUSL, criava um forte temor de exclusão de futuras seleções. Por isso, era necessário

32 - [Nota à edição brasileira] “Fazer o casamento com figos secos” é um dito italiano que significa querer fazer grandes coisas sem ter os meios para tanto, ou economizando ao máximo. Figos secos, na Itália, são alimento barato e muito comum, não sendo, portanto, dignos de uma festa importante como um casamento.

minimizar e “lavar a roupa suja em casa”, suscitando uma espiral perversa de perda de qualidade, com aumento do *turn over* e do *burn out* dos operadores.

Os cortes do orçamento, executados com critérios burocráticos, aparecem somente como correções de números feitas nas instâncias do poder, permanecendo sempre além de qualquer possibilidade de confronto por parte de quem os sofre. A fria neutralidade dos números quase nunca representa os dramas humanos que irão se produzir. Quase sempre imunes às sanções penais, os dirigentes das empresas sanitárias poderão, no máximo, sofrer sanções administrativas. E se isso acontecer, não será porque não forneceram saúde para os cidadãos, mas tão somente porque não reduziram suficientemente as despesas.

Em suma, olhando bem, por trás de eventos tão dramáticos como os descritos nesse livro, sempre se descobrem tantos pequenos (ou grandes) erros. Alguns permanecem ocultos, sobre outros se fixa a atenção dos investigadores; alguns são penalmente relevantes, outros não são comprováveis, outros ainda se ocultam por trás de alguns miligramas de psicofármacos, da falta de controle sobre facas de uma cozinha, ou de um simples diagnóstico psiquiátrico. Mas, quem é realmente esquizofrênico: o paciente ou a situação? Quem é verdadeiramente perigoso? Onde nasce o incidente?

III. O incidente de Gorizia

Domenico Casagrande (*)

1. O fato (26 de setembro de 1968)

Dos autos do processo judiciário:

Em 26 de setembro de 1968, às 14h30m, após chamada telefônica, agentes da delegacia de Gorizia se deslocaram para o local denominado *Os/avia*, Via Lenzuolo Bianco, 2, onde encontraram o cadáver de Milena Kristancic, que apresentava uma grande ferida na nuca. A mulher fora morta pelo marido Alberto Miklus, visto quando se afastava em direção a um matagal, para os lados da fronteira com a Iugoslávia.

Miklus, que desde 1951 estava internado no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, naquela manhã, foi acompanhado à sua residência por um enfermeiro do Hospital Psiquiátrico, para passar um dia de licença. Miklus foi encontrado dois dias depois, escondido em um bosque, distante cerca de um quilômetro de sua residência. Conduzido à delegacia e interrogado, declarou que, durante a permanência no Hospital Psiquiátrico, fugira várias vezes, mas sempre fora recapturado. Fugia para poder visitar os familiares, porque não queria que os três filhos fossem visitá-lo no Hospital, não desejando que vissem os lugares onde estava recolhido. A mulher o visitava a cada dois ou três meses, mas ele não gostava dessas visitas, estando convencido de que fora ela a causadora de sua internação no manicômio. Na manhã de 26 de setembro, um enfermeiro o confiara aos familiares, fazendo o filho Marjan assinar um termo e, antes de se retirar, dissera que retornaria por volta de 21 horas, para buscá-lo. Durante a manhã, esteve no pátio, conversando com os dois filhos

(*) Domenico Casagrande colaborou com Franco Basaglia em Gorizia e em Trieste; diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e de Veneza também foi responsável pelo Departamento de Saúde Mental de Veneza e diretor sanitário da AUSL de Veneza.

Davide e Marjan, que, após encherem garrafões de vinho, saíram. Por volta de 12 horas, a mulher o convidou para acompanhá-la ao campo, para levar o almoço dos operários que colhiam as uvas. Respondeu que não queria ir ao campo, porque, ficando próximo da fronteira iugoslava, tinha medo de ser expatriado. A mulher regressou por volta de 12h30m e se pôs a fazer os trabalhos de casa. Surgiu uma discussão entre os dois, porque ela reclamava por ele não ter querido ir ao campo e porque exigia que ele desse sua suéter para os filhos. Após essa discussão, pegou um martelo de pedreiro e bateu na cabeça da mulher. Ao sofrer o primeiro golpe, a mulher tentou escapar, mas caiu no cômodo vizinho. Quando estava caindo, ele ainda a atingiu duas ou três vezes, usando o martelo do lado da lâmina. Saiu, jogou o martelo no pátio e foi se esconder no bosque.

No dia seguinte, aproximou-se da residência, para ter notícias do estado de saúde da mulher, pensando que tivesse apenas a ferido. Não fora em casa para matar a mulher; só a atingiu após a discussão. Marjan Miklus, interrogado por um sub-oficial da P.S., relatou que, em 25 de setembro, um enfermeiro do hospital psiquiátrico se apresentou na cantina, pedindo à sua irmã Giuseppina que, no dia seguinte, algum dos filhos fosse ao hospital para pegar o pai, que expressara o desejo de transcorrer um dia em família. A irmã explicou que não tinham meios para levá-lo até em casa, sugerindo que eles mesmos o acompanhassem. Com efeito, no dia seguinte, chegaram em casa o enfermeiro e o pai. O enfermeiro pediu que assinasse um recibo de entrega, acrescentando que não tinham com que se preocupar, pois o pai estava tranquilo. Com efeito, o pai parecia bastante calmo. Falou com a mãe com a maior tranquilidade, mas ele, sabendo que o pai, no passado, ameaçara a mãe de morte, dissera-lhe para ficar atenta e tentar manter distância do pai. Por volta de 11 horas, ele e o irmão Davide saíram para levar o vinho para Gorizia, regressando por volta de 12h30m. Ao regressarem, o pai estava sozinho em casa. Às 13 horas, a mãe voltou e pediu que fosse ao campo com o trator para pegar as vasilhas de vinho. Saiu, deixando em casa o irmão Davide,

que, por sua vez, saiu antes das 14h horas, para ir à Biblioteca Municipal de Gorizia. Regressou à casa por volta de 14h15m, encontrando a mãe caída na cozinha. O pai fugira muitas vezes do hospital. Uns dez anos antes, em uma dessas fugas, vindo em casa, ameaçou a mãe de morte com uma baioneta. O pai não gostava que os filhos o visitassem no hospital, não gostando tampouco das visitas da mãe, porque estava convencido de que fora ela a causadora de sua internação no hospital psiquiátrico.

Davide Miklus confirmou as declarações do irmão, afirmando que o pai, pela manhã, estava tranquilo, nada fazendo prever o que aconteceria. O pai lhe pediu notícias de seus estudos, seu trabalho no campo, de pessoas mortas na região e seus parentes. Às vezes, fantasiando, explicava como morriam os doentes no hospital psiquiátrico, dizendo que botavam remédios na comida e assim eles morriam. Recomendava que prestassem atenção na mãe, porque ela também poderia colocar pílulas na comida e fazê-los morrer. Naquele dia, saiu pouco antes das 14 horas, tendo o pai o acompanhado até o final do pátio. Em 7 de outubro de 1968, Marjan Miklus, interrogado pelo Procurador da República, confirmou o que antes declarara à polícia. Precisou que jamais ouvira o pai proferir expressões ameaçadoras de morte, dirigidas à sua mãe. Somente uns dez anos antes, vira o pai apontar uma baioneta para o peito da mãe, durante uma de suas fugas do hospital. No dia do fato, o pai aparentava calma, passando facilmente da brincadeira à seriedade: jamais poderia pensar que ele iria matar a mãe. Davide Miklus também relatou ao Procurador da República que o pai parecia tranquilo naquela manhã, ainda que suas falas estivessem orientadas por bases fantásticas. Jamais ouvira o pai ameaçar a mãe, embora estivesse convencido de que ela fosse a causadora de sua internação e de sua doença. Alguns dias antes do fato, o irmão pegara o pai no hospital, sendo obrigado a assinar um papel, para poder levá-lo em casa sem a assistência de enfermeiros. Ivan Klaniscek, aluno de enfermagem do hospital psiquiátrico, declarou ao Procurador da

República que, tendo Miklus lhe expressado o desejo de ir em casa para a vindima, transmitira tal desejo ao chefe da seção, o qual o levava à assembléia dos psiquiatras, que tinha lugar toda semana às 8h30m. Em seguida, o chefe da seção lhe pediu para avisar os familiares de Miklus, o que foi feito. Como a filha do interno lhe dissera que não tinham meios para o transporte do pai até em casa, o chefe da seção o encarregou de acompanhar Miklus à casa, em seu carro. Durante a viagem, Miklus se manteve calmo, parecendo estar muito contente. Chegando à residência dos Miklus, fez com que o filho Marjan assinasse o documento em que assumia a responsabilidade pelo caso, retirando-se e dizendo que voltaria à noite para buscar o interno.

Em 30/9/68, Alberto Miklus relatou ao Procurador da República que, naquele dia, após as 13 horas, começara a discutir com a mulher. Esta lhe dissera que muitos de seus parentes estavam mortos e insistira para que fosse com ela ao campo, próximo da fronteira, para ver os que ali trabalhavam, dentre os quais provavelmente estaria o primo Luigi Zulian. Em determinado momento, pegou um martelo e bateu na cabeça dela, dizendo: “Pare de gritar”. A mulher caiu e ele se afastou, escondendo-se nos bosques próximos, porque sua intenção era voltar em casa ou ir à polícia, não sabendo que a mulher estivesse morta. A mulher sempre lhe chamara de louco, mas não era verdade que ele fosse doente mental.

O prof. Franco Basaglia, diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia foi acusado de homicídio culposo.

Em 12/10/1968, interrogado pelo Juiz Instrutor do Tribunal de Gorizia, afirmou não ser previsível que Miklus chegasse ao ponto de cometer o crime, pois jamais manifestara o propósito de eliminar a mulher. A condição clínica de Miklus não levava necessariamente ao homicídio. Miklus, nos últimos dois anos, vinha aceitando a visita dos filhos, coincidindo com um clima na enfermaria que permitia relações

interpessoais intensas e corretas. Era chegada, pois, a ocasião de se iniciar o lento trabalho de recuperação dos laços familiares. Miklus foi várias vezes em casa, acompanhado pelo médico da seção e, posteriormente, por enfermeiros. Em 15 de setembro, Miklus, afastando-se do hospital, fora à casa da família. Um enfermeiro o encontrou em um bar perto de sua residência e o acompanhou até lá. Os filhos prometeram ao pai que, no dia seguinte, iriam buscá-lo. O caminho percorrido nos últimos dois anos de internação, com a constante reaproximação com a família, induziram-no a conceder a licença sob responsabilidade dos filhos. Por tais razões, foi concedida a Miklus a licença de 25/9. Nesse dia, ele estava ausente da sede. A proposta de licença foi discutida na reunião ordinária da manhã, na presença do médico assistente e do pessoal de enfermagem da seção.

2. As perícias psiquiátricas

2.1. A perícia do juízo

O Juiz Instrutor do Tribunal de Gorizia determinou que Miklus fosse submetido a perícia psiquiátrica, e, como o acusado, em 14/10/1968, estivesse internado no manicômio judiciário de Reggio Emilia, deprecou ao Juiz Instrutor do Tribunal de Reggio Emilia que o submetesse ao exame.

O Juiz Instrutor do Tribunal de Reggio Emilia, em 28/10/1968, nomeou o subscritor perito psiquiatra e, em 9 de novembro, após apresentar os quesitos de praxe, acrescentou o seguinte quesito:

“Queira o Sr. Perito dizer se, dadas as condições psíquicas de Miklus, relacionadas a suas disposições de ânimo e atitude mental em face da própria esposa, repetidamente manifestadas em várias ocasiões anteriores, era previsível que o mesmo chegasse ao ponto de executar os propósitos ameaçadores contra ela”.

Exame do sujeito

Anamnese: As seguintes notícias são extraídas dos autos, da Cópia da Ficha Clínica do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, e dos Questionários Informativos compilados pelo Prefeito de Gorizia e pelo Comandante da Delegacia Central da Polícia de Gorizia.

Antecedentes familiares: O pai morreu aos 85 anos de hipertensão arterial. A mãe morreu aos 83 anos por esclerose do miocárdio. Esta teve cinco filhos, dos quais três estão vivos. Um filho morreu aos 15 anos de meningite e outro aos 32 anos de t.b.c. pulmonar. Não há casos psicopatológicos na família.

Antecedentes pessoais: Terceiro filho, o sujeito nasceu a termo, de parto normal, em 27/7/1906, sendo amamentado.

Na infância, não teve doenças dignas de nota. Na escola, demonstrou normal capacidade de aprender, chegando à 8ª série elementar. Considerado apto no recrutamento, prestou o serviço militar de 20/4/1926 a 15/10/1926. Casou-se aos 38 anos, tendo três filhos, todos ainda vivos e sãos. De junho de 1942 a abril de 1945, atuou como *partigiano*³³, na função de Comissário do 2º Batalhão da Brigada *partigiana* “Simon Gregoric”. Em tal período, sofreu uma pleurite basal bilateral e poliartrite reumática. Em abril de 1947, recebeu uma carta anônima, na qual era intimado a pagar 500.000 liras, sob ameaça de morte. Não obedecendo à intimação, em 23/4/1947, dois indivíduos entraram em sua residência, efetuando contra ele alguns disparos de arma de fogo, que, afortunadamente, não o atingiram. Um dos autores do atentado foi identificado e condenado. Libertado após cumprir a pena, fez uma visita a Miklus, que se assustou muito e começou a demonstrar uma mudança de caráter, tornando-se depressivo, preocupado, desconfiado e bastante suspeito. Em 30 de dezembro de 1951, foi internado no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, com diagnóstico de personalidade psicopática. No início, mostrava-se assustado e ansioso, suspeitava de todos, até mesmo da própria mãe e da cunhada, mas não da esposa. Recusava a comida do hospital, alimentando-se somente do que lhe levava a esposa. Submetido à terapia de eletrochoque, em 29/1/1952, estando bem melhor, foi liberado condicionalmente e confiado à esposa. Em 17/3/1952, foi novamente internado no supramencionado hospital, por estar tomado por delírio de perseguição. Após um breve ciclo de choques terapêuticos, em 29 do mesmo mês, estando melhor, foi liberado e entregue

33 - [Nota à edição brasileira] Os partigiani foram guerrilheiros civis que lutaram contra os nazistas e fascistas na Itália, durante a Segunda Guerra Mundial. Os combates foram especialmente sangrentos na zona de Gorizia, provocando dilaceração social e desejos de vingança que se prolongaram por longo tempo.

à esposa. Em 14/4/1953, foi internado pela terceira vez no hospital psiquiátrico, porque, acreditando-se perseguido por motivos políticos, tentava se expatriar para a Iugoslávia. Dois dias depois, fugiu do hospital, atravessando a fronteira com a Iugoslávia, onde foi capturado no dia 20 do mesmo mês, sendo reconduzido ao hospital psiquiátrico. Nesse período, mostrava-se hostil, raivoso, ameaçando matar alguém; evidenciando um delírio de perseguição, era divisionista, desordenado, negativista, violento. Após um ciclo de eletrochoques, tornou-se calmo, tranquilo e expressava o desejo de ir à sua casa. Em 18/8/1954, com um salto acrobático, pulou a cerca reticulada e se evadiu. Em 20/8, foi visto nas vizinhanças de sua própria casa, armado com uma barra de ferro uncinada. Algumas noites depois, apresentou-se na casa da esposa e, ameaçando-a com a barra de ferro, apossou-se de um garrafão de vinho e, em seguida, afastou-se. Em 23/8, foi capturado por agentes da P. S. e reconduzido ao hospital psiquiátrico. Em 3/12/1962 fugiu novamente, sendo recapturado três dias depois pela polícia iugoslava, reconduzido à Itália e internado novamente no hospital psiquiátrico. Empreendeu outra fuga em 22/10/1963. No dia seguinte, foi detido pelas autoridades iugoslavas, sendo entregue na fronteira. Em 6/5/1966, afastou-se arbitrariamente do hospital, dirigiu-se à fronteira e, apresentando-se à polícia iugoslava, perguntou onde estava sepultada sua mãe, morta uns quinze dias antes³⁴. No dia seguinte, foi acompanhado ao hospital. Em 14/9/1968, fugiu novamente, sendo encontrado por um enfermeiro em um bar

34 - [Nota à edição brasileira] Com o tratado de paz, firmado ao final da Segunda Guerra Mundial, a Itália foi obrigada a ceder à então Iugoslávia toda uma região (a Istria) e a cidade de Gorizia foi literalmente dividida em duas partes, uma italiana e uma iugoslava. O antigo cemitério ficou na zona iugoslava. Miklus pertencia à minoria eslovena e, presumivelmente, nos momentos de dificuldade, procurava se abrigar na Iugoslávia, julgando que ali estaria mais protegido, como “um eslavo entre os eslavos”.

e reconduzido ao Instituto.

Da cópia da ficha clínica verifica-se que a síndrome psicótica começou a apresentar alguns sinais de remissão em 1965. Nesse ano, o paciente se tornou mais administrável, embora ainda apresentando um delírio de envenenamento. Em 26/9/1968, saindo em breve licença domiciliar, matou a esposa a golpes de martelo.

Exame somático

Alberto Miklus é um sujeito em boas condições gerais de nutrição e formação sanguínea. Altura – 1m73cm. Peso – 82 kg. O exame clínico dos vários órgãos e aparelhos da vida vegetativa evidenciou somente manifestações de pleurite, encontradas também no exame de raio-x. Pressão arterial: 150/90.

Vida de relação: As sensibilidades tátil, térmica e dolorífica são normais. A audição é regular. A visão é reduzida por presbiopia. Os reflexos cutâneos e tendinosos são simetricamente regulares. As pupilas tendem à midríase, reagindo lentamente à luz e à acomodação. O sujeito mantém-se ereto, mesmo em posição Romberg. O andar é regular. A inervação craniana está íntegra. Não se encontram tremores apreciáveis. A palavra é regular, seja em relação à fonética, seja em relação à articulação.

Exames de laboratório

As reações de V D R L, efetuadas sobre sangue extraído para pesquisa de sífilis, foram negativas.

Exame psíquico

Durante os diversos exames e entrevistas clínico-psiquiátricas, Miklus manifestou sinais evidentes de negativismo, recusando-se a sentar ou a apertar a mão em sinal de cumprimento, ou a se submeter a determinados testes. Com frequência, sua linguagem foi pouco compreensível, seja pela pobreza de vocabulário, seja por seu agramatismo.

Julgamos que tal modo de se expressar se deva em parte ao pouco conhecimento da língua italiana, e em parte à desintegração psíquica encontrável nos esquizofrênicos em fase demencial. Frequentemente, tivemos que pedir que repetisse uma resposta, por não tê-la compreendido bem, inclusive porque ele se punha a divagar, interrompendo o fio do pensamento. Interrogado sobre o fato objeto do processo, relatou que a mulher, naquele dia, convidara-o a acompanhá-la ao campo, para ver os trabalhadores da vindima, dentro os quais o primo Luigi Zulian. A seu ver, a mulher queria que ele o “matasse a golpes” e expatriasse para a Iugoslávia, para que, então, fosse definitivamente internado no “hospital para pensionistas de guerra” (ou seja, como explicou depois, no hospital psiquiátrico). Mas, ele, que é um cidadão respeitador das leis e não quer ir contra o governo, recusou-se. A mulher se pôs a “berrar”, chamou-o de louco e ele, para fazer com que se calasse, pegou o martelo para lhe dar um golpe nas costas; a mulher, para se esquivar do golpe, abaixou-se e ele, involuntariamente, atingiu-a na cabeça. Estava certo, no entanto, de que a mulher não estava morta, pois, quando se afastou, ela tinha os olhos abertos. Falou, em seguida, de sua vida no Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Disse que estava internado na Enfermaria C que, segundo ele, é uma enfermaria militar. Desde que foi transferido para essa enfermaria, suas condições de vida melhoraram. Chegou inclusive a trabalhar algumas semanas, mas depois teve de abandonar o trabalho, porque se recusara a assinar o recibo da quantia que lhe fora dada como recompensa. Ele não “era contrário” à mulher, mas suas visitas no hospital não lhe agradavam, porque, sempre que aparecia lá, dizia-lhe: “sabe quem morreu?” e enumerava as pessoas falecidas. Ele não queria ouvir essas coisas, porque a mulher parecia

querer lhe atribuir a culpa por essas mortes, para depois fazê-lo passar por louco e mantê-lo no manicômio. Convidado a falar sobre seu temor de ser envenenado, tergiversou, dando respostas incongruentes, pelo que não conseguimos levá-lo a discorrer sobre esse assunto.

Das entrevistas clínico-psiquiátricas resultou que o sujeito, quando interrogado, de início se detém no assunto tratado, mas, logo depois, começa a divagar, de modo que seu discurso se mostra inconcluso. Assim, falou repetidas vezes de bodas de ouro dos pais e outros parentes. Assegurou-nos, várias vezes, ser um cidadão respeitador das leis do Estado, criticando os que não o são. Deu estranhas interpretações a diversos fatos: se a cama está voltada para o sul ou para o oriente; se alguém dorme de lado ou de costas. Lembrou de quando, no hospital psiquiátrico, andava para trás, dando explicações pouco compreensíveis. Relacionou esse modo de agir com suas idas à Iugoslávia. Sustentou que jamais se senta, mas não soube ou não quis dizer as razões de tal comportamento. Dessas entrevistas e de seu comportamento em geral pudemos extrair elementos suficientes para conhecer o estado de suas principais atividades psíquicas.

Suficientemente orientado no tempo e no espaço, Miklus demonstra uma percepção nem sempre correta, certamente invalidada por fantasias. Não encontramos a presença de alucinações visuais ou auditivas. Sua memória pareceu bastante bem conservada, mesmo se os eventos por ele recordados estivessem distorcidos por interpretações erradas e por suas delirantes constelações. A associação de idéias não se efetua conforme o nexó lógico comum, pelo que seu discurso frequentemente se mostra incompreensível. Por outro lado, a capacidade de abstração diminuída não lhe permite distinguir o essencial

do acessório. Além disso, distraído-se da idéia central, seu pensamento divaga, passando de um assunto para outro. Às vezes, nota-se uma sobreposição de elementos em seu discurso, sem que haja uma ligação apropriada entre eles. Por tais anomalias, juízo e crítica são totalmente inadequados em seu discurso. O sujeito procurou esconder as confusas constelações delirantes que se aglomeram no conteúdo de suas idéias. Como frequentemente acontece com doentes há longo tempo internados em hospitais psiquiátricos, Miklus também se esforça para dissimular seus delírios, pois, a essa altura, sabe que suas convicções não são aceitas pelos psiquiatras, fazendo com que o julguem doente mental. É certo, porém, que seus delírios têm como tema uma contínua ameaça à sua vida e à sua liberdade: teme ser envenenado, ser obrigado a passar a vida nos manicômios, ser levado a cometer atos que possam fazer com que os outros o julguem doente mental. Seus delírios são, portanto, primordialmente, delírios de perseguição. Do defeito da capacidade de associação e abstração e de suas convicções delirantes derivam as errôneas interpretações de acontecimentos, atos ou discursos referentes à sua própria pessoa. Está sempre desconfiado e suspeito sobre suas experiências, pronto a interpretar mal até os fatos mais inocentes e a acreditar que se queira prejudicá-lo. Embora vivendo nesse contínuo temor, não mostra, no entanto, uma redução do tom de humor. Com um sorriso estereotipado nos lábios, expõe suas vicissitudes, sem demonstrar ânsia ou depressão. Parece que os delírios persecutórios perderam sua força e o anormal colorido afetivo. Evidentemente, se habituou à sua condição de perseguido e não reage mais a ela. De fato, durante a internação no manicômio judiciário, não demonstrou variações afetivas, mesmo ainda sendo capaz de reações

emotivas violentas, inclusive por estímulos inadequados, como demonstra o próprio fato que lhe é imputado. Toda sua vida instintiva e afetiva é, pois, distorcida por seu estado doentio. Pode se alegrar ou se entristecer por fatos que, para os outros, seriam indiferentes, enquanto pode se mostrar insensível diante de acontecimentos emocionantes. São, sobretudo, os sentimentos superiores que estão distorcidos, especialmente o senso ético. Com efeito, de um lado, professa-se um cidadão respeitador das leis e, de outro, não demonstra arrependimento ou remorso por ter matado a mulher. Sua capacidade de querer se ressentido do estado intelectual e afetivo anormal. Com efeito, encontramos estereotípias e negativismo, constituindo, para ele, meios de defesa contra as supostas perseguições. Não se senta e não aperta a mão para cumprimentar, provavelmente por temor de sofrer algum tipo de dano. Pouco sociável, prefere viver isolado, mas está sempre atento ao que dizem ou fazem os outros internos, pronto para, então, extrair deduções absurdas. É respeitoso e correto com o pessoal de custódia, sempre disposto a demonstrar que obedece às normas regulamentares. Alimenta-se regularmente, mas revela diminuição do sono.

Discussão diagnóstica e parecer médico-legal

Dos elementos encontrados na anamnese e dos sintomas psicopatológicos por nós observados, chega-se facilmente ao diagnóstico de esquizofrenia paranoide. A dissociação psíquica, as fantasias, as interpretações errôneas, as constelações delirantes, a falta de afetividade, as estereotípias e o negativismo são sintomas próprios da esquizofrenia paranoide. Através da leitura da história clínica do hospital psiquiátrico de Gorizia, pode-se observar o surgimento, a evolução e a consolidação da síndrome esquizofrênica, pelo que julgamos supérfluo descrever

a evolução de tal psicose. Cabe apenas ressaltar que o paranoide conserva, no todo ou em parte, sua personalidade, pelo que não aceita passivamente sua internação no hospital psiquiátrico, continuamente tentando se subtrair ao recolhimento forçado, até porque, faltando nele o sentido da doença, considera injusta e ofensiva a atribuição da doença mental e a privação da liberdade. Por tais razões, Miklus se evadiu tantas vezes do Instituto Psiquiátrico.

Sabendo que os familiares podem provocar a liberação do doente, recebendo-o sob sua responsabilidade, o periciando, que, de início, não tinha nenhuma idéia hostil em relação à mulher, passou a nutrir certo ressentimento contra a mesma porque ela não providenciava sua saída do hospital psiquiátrico. Embora isso não resulte dos autos nem de suas declarações, provavelmente ele atribui tudo isso ao desejo da mulher de se livrar dele, quem sabe por qual inconfessável propósito. O delírio inicial de Miklus tinha por objeto o envenenamento. É de se ressaltar que, em tal período, enquanto suspeitava dos médicos, dos enfermeiros e até de sua mãe, alimentava-se apenas com a comida que a mulher lhe levava: a toda evidência, excluía-a do grupo de seus supostos inimigos. Só mais tarde, incluiu-a no rol de seus perseguidores, passando a suspeitar dela também. De resto, o tema do envenenamento é comum a muitos dos sujeitos internados em hospitais psiquiátricos, porque esses, por sua anormal conformação mental, interpretam como um atentado à sua saúde todos os sintomas secundários que podem derivar das terapias de choques ou farmacológicas. Por tal razão, Miklus contava ao filho que, no hospital, dão-se aos pacientes remédios que causam sua morte, recomendando que desconfiasse da própria mãe. A suspeita de morte por envenenamento era, portanto genérica; não era específica em relação à mulher,

na medida em que envolvia médicos, enfermeiros e até mesmo a mãe.

Podemos, agora, estudar a dinâmica da ação delituosa do acusado. Como a associação de idéias do esquizofrênico segue caminhos insólitos, ele interpreta a realidade de modo diverso do normal, à luz de sua temática delirante. Por isso, em 26/9/1968, o simples convite da mulher para acompanhá-la ao campo para ver os trabalhadores da vindima, dentre os quais o primo, foi interpretado por Miklus como um convite para eliminar Zulian, ou como uma tentativa de provocar seu expatrio para a Iugoslávia, para, então, encontrar o pretexto para que o julgassem doente mental e o mantivessem por longo tempo no manicômio. Não podemos precisar qual dessas duas doências suposições provocou a reação homicida do acusado.

Basta notar que, eventualmente, no esquizofrênico, há uma superposição de elementos, pelo que duas imagens diversas e estranhas entre si podem se fundir em uma só (pensamento assindético), como pode acontecer no pensamento onírico. Por tal mecanismo, o convite a se dirigir ao campo se transformou na mente do periciando em uma incitação a matar Zulian e ao mesmo tempo ao expatrio. Evidentemente, quando a mulher voltou do campo, Miklus lhe expôs tal suspeita, provocando suas negativas e sua tentativa de convencê-lo da inocência de suas intenções. A ser verdadeira a narrativa de Miklus, provavelmente a mulher, em sua exasperação, deixou escapar alguma imprudente alusão a seu estado mental. O esquizofrênico, às vezes, é capaz de reações emocionais inesperadas e violentas inclusive a estímulos inadequados; em tal estado afetivo, pode se desinibir e cometer os delitos mais ferozes. Foi o que aconteceu com Miklus, que pegou o martelo e desferiu golpes mortais em sua consorte. O

periciando afirma que não tinha intenção de provocar lesões graves na mulher; pode até acontecer que ele não tivesse claros propósitos de matar, como às vezes acontece mesmo ao são de mente, em estado de ira; é certo, porém, que a reiteração dos golpes em uma parte do corpo sensível aos traumas desmente o que ele hoje afirma, ou seja, que pretendia atingi-la nas costas e não na cabeça, apenas para fazer com que se calasse.

Na avaliação da imputabilidade de Miklus, é preciso ter presente que a esquizofrenia, pela dissociação psíquica, pela perversão da afetividade, pela completa desinibição dos instintos, tira do doente a capacidade de compreender o valor moral de seus atos, de discernir os motivos de sua conduta e de prever suas consequências penais. Tal enfermidade, além disso, tira do doente a possibilidade de se determinar com base em motivações conscientes, de escolher com uma crítica correta entre tais motivações e sua inibição. Julgamos, portanto, que a capacidade de entender e querer do acusado, no momento do fato, estivesse totalmente excluída.

No estado atual, como notamos no exame psíquico, Miklus ainda sofre de esquizofrenia paranoide. Essa é uma psicose eminentemente crônica. Dada a desagregação psíquica atingida pelo periciando, dificilmente poderá conseguir uma ainda que modesta remissão. Como o acusado, com o fato criminoso praticado, demonstrou ser capaz de se desinibir, entendemos provável que possa cometer novas ações delituosas, pelo que o julgamos pessoa socialmente perigosa.

Antes de responder ao quesito apresentado, julgamos oportuno fazer mais algumas considerações. No primeiro estágio da doença, Miklus não demonstrava nenhuma suspeita contra a mulher; ao contrário, julgava-a estranha

ao suposto complô urdido contra ele. Desconfiava dos médicos, dos enfermeiros, da cunhada e até mesmo da própria mãe, mas não da mulher, só dela aceitando a comida com que se alimentava. Com o passar do tempo e o prolongamento de seu recolhimento forçado ao hospital psiquiátrico, envolveu também a consorte no grupo de seus perseguidores, porque ela não providenciava sua liberação. Suspeição genérica, portanto; não específica. Contra ela manifestou certo ressentimento, mas não um verdadeiro ódio, tampouco resultando que tenha expressado a intenção de matá-la. Da leitura dos autos, encontramos apenas dois atos hostis contra a mulher, mais de dez anos antes do fato. Durante a fuga do hospital psiquiátrico, ocorrida em agosto de 1954, Miklus ameaçou a mulher com uma barra de ferro uncinada, mas se limitou a se apossar de um garrafão de vinho. O filho Davide, em seus depoimentos, relata que, quando era pequeno, o pai, por ocasião de uma fuga do hospital, ameaçara a mãe com uma baioneta. Tudo indica que o filho se referisse à mesma evasão de agosto de 1954 e que tenha confundido, em sua lembrança, a barra de ferro uncinada com uma baioneta. Ambos os filhos, em seus depoimentos perante o Procurador da República, declararam jamais ter ouvido o pai proferir ameaças contra a mãe, embora estivesse convencido de que ela fosse a causa de sua internação e sua doença. No primeiro estágio da doença, Miklus apresentava alta periculosidade, proveniente sobretudo do estado de ansiedade produzido por florescentes delírios persecutórios. Mas, sucessivamente, seja pelos tratamentos realizados, seja pela progressiva desagregação psíquica, tal periculosidade parecia de menor entidade. Com efeito, nos estados avançados da esquizofrenia, enquanto os delírios perdem força, os doentes se tornam menos ativos, sendo menos capazes de

reações repentinas. O estágio médico-legal da esquizofrenia é primordialmente o inicial; no estágio avançado, esses doentes mais dificilmente se tornam autores de crimes. Com efeito, lemos na Ficha Clínica do Hospital Psiquiátrico de Gorizia que Miklus, em 1965, começou a demonstrar uma nítida melhora de comportamento. Parecia tranquilo, sereno, calmo, mais comunicativo e até trabalhador, sem evidenciar sinais de agressividade. Em 20/11/1965, deu um empurrão em outro interno, mandando que saísse do lugar onde estava sentado, mas apenas para salvá-lo de um suposto envenenamento. Em 1966, se evadiu, mas somente para visitar o túmulo da mãe, morta há pouco. Em 14/9/1968, afastou-se desautorizadamente do hospital, apenas pelo desejo de ver a família, sem ter, porém, qualquer intenção agressiva. Não existiam, portanto, elementos claros que pudessem fazer julgar provável uma explosão agressiva.

É preciso admitir, no entanto, que sempre existe uma possibilidade remota que um esquizofrênico, que se mostre durante anos, em ambiente institucional, calmo e tranquilo, possa cometer atos criminosos. Com efeito, no Manicômio Judiciário em que trabalhamos, não é raro encontrar internado algum paciente, liberado de um hospital psiquiátrico, recuperado e com melhoras, que se tenha feito responsável por algum crime mais ou menos grave após poucos dias de liberdade. Tendo presente essa possibilidade, a Autoridade dirigente do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, ao conceder a Miklus uma breve licença, tomou a precaução, como de costume em tais casos, de confiar o doente aos filhos, a fim de que fosse vigiado e custodiado. Considerando, portanto, que Miklus, há mais de uma década não ameaçava a mulher, que não mais apresentara manifestações de agressividade, não externara claros

propósitos uxoricidas, que seu comportamento se tornara mais regular e que na concessão da licença foram adotadas as devidas precauções, entendemos não ser previsível que o periciando pudesse cometer o ato criminoso.

Conclusões

1) Alberto Miklus, no momento do fato objeto do processo, sofrendo de esquizofrenia paranoide, estava, devido à doença, em estado mental tal que excluía a capacidade de entender e querer;

2) No estado atual, Miklus ainda sofre de esquizofrenia paranoide;

3) É pessoa socialmente perigosa;

4) Pelas razões já expostas, não era previsível que o acusado matasse a mulher.

Reggio Emilia, 12/12/1968.

O perito (Dr. Francesco Coppola)

2.2. A perícia da parte

Universidade de Parma. Clínica das Doenças Nervosas e Mentais

Diretor: prof. F. Visintini

Tribunal de Reggio Emilia

Observações sobre a Perícia do Juízo, por parte do consultor da defesa do prof. Franco Basaglia, na causa contra Alberto Miklus.

O abaixo-assinado, prof. Fabio Visintini, filho do falecido Giovanni, professor de Clínica das Doenças nervosas e mentais da Universidade de Parma, consultor técnico da defesa do prof. Franco Basaglia, na causa penal contra Alberto Miklus, tendo lido a perícia do juízo, a cargo do

prof. Francesco Coppola, sobre o estado mental de Alberto Miklus no momento em que cometeu o fato que lhe é imputado, assim como a resposta aos quesitos n^{os} 3 e 4, observa, a propósito, o quanto segue.

O fato e os quesitos

Alberto Miklus, interno no Hospital psiquiátrico provincial de Gorizia, com base em ordem de admissão definitiva desde 1951, usufruindo de licença de visita em domicílio, na localidade *Oslavia*, Via Lenzuolo Bianco n^o 2, no dia 26 de setembro de 1968, mediante regular entrega sob custódia aos filhos Davide e Marjan, na tarde do mesmo dia, inesperada e subitamente matou a própria esposa Milena Kristacic.

No curso da instrução criminal contra Alberto Miklus, o Juiz Instrutor do Tribunal de Gorizia convocou para interrogatório o diretor do Hospital psiquiátrico de Gorizia, na qualidade de acusado de homicídio culposo, determinando perícia psiquiátrica, deprecada a nomeação do perito ao Juiz Instrutor de Reggio Emilia, para onde Miklus fora transferido para o manicômio judiciário local. Aos três quesitos de praxe sobre a imputabilidade e a eventual periculosidade social, adicionou um quarto quesito assim formulado:

“Queira o Sr. Perito dizer se, dadas as condições psíquicas de Miklus, relacionadas a suas disposições de ânimo e atitude mental em face da própria esposa, repetidamente manifestadas em várias ocasiões anteriores, era previsível que o mesmo chegasse ao ponto de executar os propósitos ameaçadores contra ela”. Tal quesito contém a afirmação de que Miklus repetidamente manifestara propósitos violentos contra a própria esposa, o que, no entanto, é desmentido pelos posteriores atos instrutórios e pelo claro relatório do perito do juízo, que documenta como o rancor

de Miklus em relação à família e à mulher, inerente à longa e rejeitada internação, jamais se expressara em propósitos violentos. Por outro lado, o quesito se segue àquele sobre a eventual periculosidade social e se refere à hipótese de “periculosidade do doente mental”, eventualmente anterior ao crime e assim não só cronologicamente, mas também substancialmente, não podendo se justapor à outra.

Como é bastante sabido, as duas periculosidades não são identificáveis.

Com efeito, a periculosidade social é verificável em pessoas que cometeram fatos previstos em lei como crimes e que provavelmente poderão repeti-los. Tal diagnóstico é pedido aos profissionais da saúde exclusivamente em perícias criminais.

A periculosidade do doente mental foi introduzida em nossa legislação pela Lei de 1904 e o regulamento de 1909 sobre os manicômios e os alienados, enquanto o dever de denúncia se contém no regulamento de segurança pública, dirigindo-se aos profissionais da saúde quando estes pretendam tratar do doente mental ou do dependente de álcool e substâncias entorpecentes sem recorrer à internação em hospital psiquiátrico. A finalidade do diagnóstico de periculosidade do doente mental é a de permitir sua internação, compulsória ou voluntária, no hospital psiquiátrico, prevendo uma limitação da liberdade pessoal com fins de tratamento.

Não prevê medidas de segurança ou métodos rígidos de custódia, podendo variar da internação à custódia na família de origem, ou em outra família, ou a liberação condicional, conforme o andamento da doença e as necessidades do tratamento. Por outro lado, quando a periculosidade do doente mental se manifesta antes de ser diagnosticada, aos parentes ou conhecidos do doente, não é prevista qualquer

sanção para quem, sabendo de sua existência, não a tenha denunciado.

O dever de custódia e tratamento subsiste, porém, quando o doente está internado ou confiado à família, sem que a lei estabeleça as modalidades de custódia, que se subordinam à oportunidade e às necessidades do tratamento, até à mitigação das modalidades mais pesadas, à concessão de licenças temporárias e à organização de atividades recreativas e laborais, essas últimas dentro e fora do hospital.

Por outro lado, a lei de 1904 atribui ao diagnóstico de periculosidade uma decisão de competência administrativa em face do doente mental que, somente a esse título ou ao de escândalo público, é admitido em um hospital especializado onde possa receber gratuitamente o tratamento de que necessita. Enquanto, em vários lugares, invoca-se a abertura de enfermarias psiquiátricas em hospitais comuns, na realidade, o doente pobre não consegue ser tratado pelo competente especialista, mediante internação fora do hospital psiquiátrico. Assim, o médico prudente habitualmente certifica a periculosidade presumida ao diagnosticar a doença, independentemente da periculosidade manifesta ou do escândalo público real, de modo a internar o doente. Com efeito, essa simulação é bastante frequente e aceita, na prática, pelas administrações competentes, que tendem a transformar os hospitais psiquiátricos mais em lugares de tratamento do que de custódia. Pode-se acrescentar que essa utilização do diagnóstico de periculosidade não era ignorada tampouco pelo antigo legislador, estando implícita na obrigatória distinção entre as enfermarias do hospital psiquiátrico, destinadas a doentes em observação, a doentes tranquilos, aos doentes semiagitados, aos agitados, às enfermarias de trabalhadores, em claro reconhecimento

da falta de homogeneidade entre a população dos hospitais psiquiátricos, no que diz respeito à periculosidade.

Diagnóstico da doença de Alberto Miklus e previsível periculosidade em relação à esposa

O perito do juízo conclui o exame anamnésico e o exame neuropsiquiátrico com o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, forma bastante controvertida e tormentosa na moderna doutrina psiquiátrica. Pode-se observar que, nesse caso, a doença não se iniciou de forma típica, instaurando-se como uma forma psicorreativa em uma personalidade bem definida, de natureza sensível, após uma série de ameaças que culminaram em um verdadeiro atentado. Tratava-se, portanto, no início, de psicose traumática, evoluindo através de remissões e recaídas, na qual a reação delirante assumia a forma característica do pânico mimeticamente reproduzido do evento psicológico traumatizante causal. Nas sucessivas recaídas, esses aspectos iniciais da doença foram se perdendo diante do comparecimento dos sintomas habituais da reação paranoide explícita, aí incluídas as alucinações, o delírio de envenenamento e os distúrbios da vontade, abrangendo a gesticulação estereotipada e uma desagregação da linguagem. Na primeira fase florescente da doença, Miklus foi submetido a terapias biológicas como os eletrochoques e, sucessivamente, ao tratamento com psicofármacos. Pode-se notar que os delírios propriamente ditos e as alucinações cederam a esses tratamentos, enquanto a longa internação se fez acompanhar por uma gradual deterioração revelada pelo aparecimento de estereotipias e distúrbios da psicomotricidade, como a recusa a cumprimentar apertando a mão do interlocutor ou a se sentar durante o dia, além de uma modificação da linguagem, em parte devida a uma regressão ao léxico infantil, em parte a neologismos.

Essas formas de deterioração não chegaram a comprometer decisivamente a personalidade de Miklus, que sempre conservou certa capacidade de adaptação e uma iniciativa autônoma, não autista. Isto é, Miklus podia ter seu próprio comportamento interpretado com base em motivos compreensíveis. Enquanto o comportamento do esquizofrênico processual é incompreensível, a não ser através de uma interpretação simbólica de seus atos, o parafrênico ou o delirante psicorreativo oferecem uma dinâmica do próprio comportamento relativamente mais influenciável pela realidade.

Assim, o comportamento social de Miklus, no que diz respeito a terceiros, é um comportamento motivado de um lado, pelo desejo de privacidade e de outro, pelo desejo de reconstrução de sua personalidade, lesada pela internação.

Ele afirma não ser louco. Uma complicada idéia de estar excluído pela família e pela sociedade, porque não trabalha, pertencendo a uma categoria de pensionistas do Estado como ex-militar, contestada por muitos, é sua idéia dominante. Nessas condições, mantém a tendência de fugir do hospital para chegar à família ou à fronteira. É sempre encontrado nesses lugares e reconduzido ao hospital, sem resistência, sem violência e sem sanções. Essas fugas são demonstrações de protesto que se esgotam em si mesmas. Na enfermaria hospitalar, isola-se cada vez mais, até o momento em que é instaurada a comunidade terapêutica³⁵. Essa realidade é por ele aceita até fazê-lo abandonar as formas antes estabelecidas de isolamento e algumas estereotípias. Melhora sensivelmente,

35 - [Nota à edição brasileira] Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia em 1961, logo promovendo transformações radicais: formas de contenção foram abolidas; as portas das enfermarias foram abertas; instaurou-se a praxis da comunidade terapêutica.

frequenta as reuniões e, nessas, afinal abandona o hábito de não se sentar para conversar.

Sua iniciativa, como expressão da vontade, renasce com algumas variantes da atitude de protesto, como aceitar as visitas da mulher e dos filhos e pedir permissões de saída. É um sinal de sensível melhora e ressocialização percebido pelos outros internos, pelos enfermeiros e pelos médicos. Não obstante, elabora um tema dominante que exprime de forma sintética e é formulado diversamente apenas por ocasião do interrogatório no manicômio penal. Não é louco e poderia retornar a seu próprio domicílio. Ali é instado a trabalhar, embora devesse viver fora do manicômio sem trabalhar, porque pensionista.

Não se percebe de onde lhe venha essa convicção. Talvez da idéia de que no hospital de Gorizia estão internados alguns doentes do anteguerra, em base a uma convenção estatal. De todo modo, ele interpreta o convite dos familiares a fazer algum trabalho em casa como um desconhecimento de sua posição e como um obstáculo para readquirir a liberdade sem condições. Essa idéia não é criticada nem confrontada com a realidade e não é claramente formulada antes do interrogatório em foco. Traz, portanto, as características de um delírio de referência.

A discussão com a mulher que antecede o fato delituoso é relatada por Miklus da seguinte forma: a mulher o teria instado a colaborar com os filhos na colheita das uvas; pelo menos, ela o teria instado a ir até o campo, como vigia do pessoal contratado para a tarefa. Ele se recusara e se sentira ofendido especialmente com a proposta de agir como vigia, porque, dentre o pessoal contratado, estava o primo Zulian que ele entendia se achar em sua mesma condição de pensionista do Estado, ex-militar. Essa proposta, portanto, se dirigia diretamente contra ele, como eram diretamente

dirigidas contra ele outras iniciativas da mulher, dentre as quais a de informá-lo, a cada visita, da morte de pessoas idosas da aldeia.

Esses fatos e a categoria especial de pensão a que ele se refere são imaginários, expressando-se apenas como uma explicação de sua reação contra a mulher, suscitada por tais imaginárias provocações. Por outro lado, obstina-se em acreditar que não provocou a morte da mulher, tendo apenas a ferido. A lembrança dos acontecimentos é efetivamente confusa. O perito do juízo interpreta a dinâmica do crime como uma reação em curto-circuito, na qual a ação ocorre sem que entre o estímulo e a reação permeie um tempo de reflexão, criticando-a por falta de capacidade ou perturbação emocional.

As duas condições estavam presentes em Miklus no momento do fato. Tanto a debilidade das funções psíquicas superiores, quanto a perturbação afetiva, pois a atitude da mulher suscitava nele a reação emocional de contestação de uma confusa idéia delirante. Nenhuma dúvida há, portanto, quanto à sua completa incapacidade de entender e querer, no momento do fato, produzida em Miklus por uma doença que podemos definir como demência paranoide por evolução deteriorada de uma personalidade psicopata.

Mais discutível é o diagnóstico médico de periculosidade social. Já mencionamos como esse diagnóstico frequentemente se pronuncia muito mais por motivos jurídico-processuais do que por hipóteses propriamente médicas e psiquiátricas. No caso presente, como o diagnóstico da incapacidade de entender e querer, no momento do fato, baseia-se na dinâmica de uma reação a curto-circuito e a temática delirante tem uma precisa configuração de referência que, além do mais, é totalmente elaborada após o fato delituoso, por causa da dificuldade

do próprio protagonista em interpretá-lo, fica bastante claro que a probabilidade de o fato delituoso poder se repetir não encontra justificção no comportamento previsível com base no diagnóstico de doença. Isto é, a doença intervém como causa da debilidade crítica e, portanto, da impossibilidade de conter a reação atuada, mas não como produtora da reação em si.

As reações anormais e as reações emocionais em curto-circuito não são apanágio de nenhuma forma doentia ou de determinada personalidade, no sentido de que devam ser julgadas como tal exatamente porque ultrapassam os limites da norma, seja essa referida à norma dos sãos, seja referida à doença.

É certo que a jurisprudência sustenta que quem demonstra ter saído da norma alguma vez terá a tendência de sair outras vezes, mas esse é um diagnóstico *a posteriori*, de ordem estatística e não médica, devendo o perito declará-la fora de sua própria competência.

Tal argumentação pode parecer supérflua para os fins de aplicação da medida de segurança no caso de Miklus dever ser absolvido por exclusão da imputabilidade. Aliás, torna-se incômoda na resposta ao quarto quesito, concernente à periculosidade do doente mental e à previsibilidade do crime, quesito ao qual o perito do juízo corretamente respondeu em sentido negativo. A negação de uma razoável previsibilidade do crime está abundantemente comprovada pela história clínica, pela melhora ocorrida no decurso da doença, pelo fato de Miklus jamais ter praticado atos de ameaça ou violência contra os familiares, nem mesmo nas fases mais florescentes e mais decisivamente delirantes da doença, enquanto demonstrara ser sensível à tentativa de ressocialização exercitada com a terapia comunitária aplicada no hospital e com a retomada das relações com

os familiares.

Portanto, o abaixo-assinado, no interesse da defesa do prof. Franco Basaglia, concordando plenamente com a resposta ao 4º quesito dada pelo perito do juízo, expressa, porém, algumas reservas quanto ao diagnóstico pericial da periculosidade social.

Do que dá fé,

(prof. Fabio Visintini)

Parma, 14 de fevereiro de 1969.

3. As sentenças

3.1. Requerimento de envio a juízo formulado pelo Ministério Público junto ao Tribunal de Gorizia, 29/1/1971.

O MP. Vistos os autos do procedimento penal contra:

1. Miklus³⁶, Alberto; 2. Basaglia, prof. Franco; 3. Slavich, Dr. Antonio

Acusados,
o primeiro:

a) do crime de uxoricídio agravado, nos termos dos arts. 575 e 577 CP – como melhor precisado na capa dos autos;

b) do crime de lesões pessoais, ex. art. 582 CP – como melhor precisado na capa dos autos em anexo;

Basaglia e Slavich:

c) do crime de cooperação em homicídio culposo ex. arts. 113 e 589 Cod.Pen. – como melhor precisado no mandato de notificação de 11 de dezembro de 1970, nos autos;

d) da contravenção do art. 714 c/c art. 110 Cod.Pen. – como no mandato de notificação acima mencionado.

...Dito isso, vistos os arts. antes mencionados e o art. 369 ss. Cod.Proc.Pen., requer ao Juiz Instrutor deste Tribunal se digne:

1. Declarar encerrada a fase instrutória.

2. Determinar o envio a juízo do Tribunal de Gorizia de Basaglia, Franco e Slavich, Antonio, para que respondam pelo delito de cooperação em homicídio culposo a eles atribuído.

3. Declarar a extinção do processo em relação aos mesmos, no que se refere à contravenção do art. 714 Cod. Pen., por extinção da infração penal, diante de anistia.

36 - Em todas as peças (seja no requerimento do MP, seja nas sentenças), Miklus é sempre erroneamente chamado de Mikulus. A esposa de Miklus é chamada de Cristancic e não Kristancic, mas se trata de erro datilográfico.

4. Declarar a extinção do processo em relação a Miklus, Alberto, no que se refere aos delitos a ele atribuídos, por se tratar de pessoa inimputável, por total comprometimento mental.

5. Determinar a internação de Miklus, Alberto em manicômio judiciário pelo prazo mínimo de cinco anos.

Gorizia, 29 de janeiro de 1971.

O Procurador da República

3.2. Envio a juízo determinado pelo Juiz Instrutor do Tribunal de Gorizia, no procedimento instaurado em face de Miklus, Alberto; Basaglia, **Dr Franco**; Slavich, **Dr Antonio**, 21/5/1971.

República Italiana. Em nome do Povo Italiano,
O Juiz Instrutor junto ao Tribunal Civil e Penal de Gorizia pronunciou a seguinte sentença no procedimento penal instaurado contra

Miklus, Alberto; Basaglia, Dr. Franco; Slavich, Dr. Antonio, acusados, o primeiro:

a) do delito de homicídio qualificado, nos termos dos arts. 575 e 577 parágrafo único CP;

b) do crime previsto no art. 582 CP, por ter causado lesões pessoais em Evelino Braida.

Basaglia e Slavich:

c) do crime de cooperação em homicídio culposo – ex. arts. 113 e 589 CP;

d) da contravenção do art. 714 c/c art. 110 Cod.Pen.
... P.Q.M.

Declara encerrada a instrução, e, discordando parcialmente dos requerimentos do Ministério Público, nos termos do art. 378 CPP, decide:

1. Declarar extinto o processo em face de Miklus, Alberto, no que se refere aos delitos a ele atribuídos, por se tratar de pessoa inimputável por total comprometimento mental, determinando, nos termos do art. 222 CP, a internação do mesmo em manicômio judiciário pelo prazo mínimo de cinco anos;

2. Declarar extinto o processo em face de Basaglia, Franco, no que se refere aos crimes a ele atribuídos na ementa, por não ter o mesmo praticado o fato;

3. Declarar extinto o processo em face de Slavich, Antonio, no que se refere à contravenção do art. 714 CP, por ter sido extinto o crime, em razão de anistia.

Nos termos do art. 374 CPP, decide:

enviar a juízo, perante o Tribunal de Gorizia competente em razão da matéria e do território:

- Slavich, Antonio, para que responda pelo delito de homicídio culposo, referido no item C da ementa.

Gorizia, 21 de maio de 1971.

O Juiz Instrutor (Dr. Raul Cenisi)

O Escrivão (Olindo Loi)

3.3. Sentença do Tribunal de Gorizia de 18/2/1972 no processo contra Antonio Slavich.

República Italiana. Em nome do Povo Italiano, o Tribunal Penal de Gorizia, composto dos Magistrados Dr. Giuliano Malacrea, Presidente; Dr. Raffaele Mancuso, Juiz; Dr. Dario Succi, Juiz, pronunciou a seguinte sentença no procedimento penal contra:

Slavich Antonio, solto, presente, acusado

Basaglia e Slavich:

c) do crime de cooperação em homicídio culposo – ex.

arts. 113 e 589 CP

... P.Q.M.

Nos termos do art. 479 CPP,

absolve

o acusado Slavich do crime a ele atribuído, por não ter praticado o fato.

Gorízia, 18/2/1972.

3.4. Apelação do MP

**O Tribunal de Gorízia, por decisão de 12/4/1972 ,
declarou a inadmissibilidade, por renúncia, da apelação do
MP.**

Transitada em julgado em 16/4/1972.

4. Considerações sobre o incidente de Gorizia

Julgo oportuno descrever o clima que se estabeleceu naqueles anos em Gorizia, devido à influência que tal clima teve sobre as investigações e as sentenças.

Em 1968, a experiência psiquiátrica de Gorizia vivia o que talvez tenha sido seu mais alto grau de popularidade. Gorizia estava ao centro de um interesse específico, na medida em que demonstrava, através de uma transformação prática da instituição psiquiátrica, que outro tratamento da loucura era possível. O processo de questionamento do manicômio que, com o Congresso de Bolonha de abril de 1964³⁷, conseguiu uma unanimidade, dos “barões” do mundo acadêmico aos Diretores e médicos dos hospitais psiquiátricos, apesar de sua diversidade, encontrou em Gorizia sua confirmação concreta, através de um processo de mudança institucional. Tornar o paciente responsável, reconstruir sua individualidade destruída pela instituição total, fazê-lo partícipe de seu próprio tratamento, tornar-lhe possível a compreensão de seu próprio estado de sofrimento, devolver-lhe o autocontrole e a gestão de sua própria pessoa, tudo isso era um fato real e não ideológico, envolvendo toda a instituição em um processo de mudança e questionamento de todos os sujeitos.

Esse processo de questionamento prático do manicômio e da própria função da psiquiatria encontrara seu reconhecimento na promulgação da chamada “Lei Mariotti” em março de 1968³⁸, e no recebimento do “Prêmio Literário Viareggio” para ensaios, no verão do mesmo ano.

A equipe começou a levar em consideração a possibilidade de reproduzir a experiência em outras cidades ou regiões, de modo

37 - Referimo-nos ao Congresso “Processo ao Manicômio” de 24/26 de abril de 1964, organizado pela União Regional das Províncias Emilianas.

38 - Trata-se da Lei no 431 de 18 de março de 1968: “Providências para a assistência psiquiátrica”.

a demonstrar que o que acontecera em Gorizia não era fruto de circunstâncias eventuais ou coincidências fortuitas, mas sim que a mudança institucional era possível em qualquer lugar. Surgiram duas modalidades diversas de entender essa mudança. Alguns sustentavam que Gorizia já demonstrara a inutilidade e a nocividade do manicômio, sendo, portanto, importante que, de agora em diante, se dedicassem ao território. Outros sustentavam a necessidade de superar totalmente a internação manicomial e criar lugares alternativos ao manicômio, derivados da dinâmica de sua superação, lugares em que fosse possível “encontrar a loucura” em uma relação verdadeiramente livre.

É cada vez mais evidente que a experiência de Gorizia não se esgota na especificidade psiquiátrica e não é um episódio isolado, sendo sim uma consequência do clima de renovação que tomou conta da sociedade italiana ao final dos anos 50: a necessidade de uma mudança social e cultural, induzida pelo confronto com outras realidades nacionais dos países ocidentais, como a França, a Grã-Bretanha e os Estados Unidos. A valorização do homem, posto ao centro da organização social; a valorização do indivíduo, de sua criatividade, da necessidade de protagonismo e participação, são a mola mestra dessa renovação que encontra, em 1968, sua máxima expressão. Todavia, como lucidamente afirmará Franca Ongaro Basaglia em uma entrevista de 1976³⁹, **“o problema dos riscos existentes se coloca quando se sai da especificidade e se passa à generalização total, em que tudo se torna político em uma visão única; corre-se o risco de uma ideologização, que é o mesmo do parcelamento. A generalização política, que não leva em conta a especificidade, corre o risco de adiar tudo para outros lugares e outros momentos: há um depois que justifica o fato de não se agir agora”**.

Essa contradição, bastante clara para quem, naqueles anos,

38 - Elkäim, M. (org.) (1977), Réseau Alternative à la psychiatrie, Union Général d'Éditions.

levava adiante a experiência de Gorizia, parece-nos poder constituir a mola mestra usada para demonstrar, como escrevem Franco e Franca Basaglia, que **“em uma realidade em ebulição ... um passo em falso ou um erro podem confirmar – aos olhos da opinião pública – a impossibilidade de ação”**.⁴⁰

Tanto dentro quanto fora da instituição nem todos aceitavam uma mudança que discutia, não apenas no plano teórico, mas também na prática quotidiana, o rompimento da relação autoritário-hierárquica, rompimento fundamental para a liberação da subjetividade e que comportava participação nas escolhas, responsabilização e, conseqüentemente, constante questionamento das certezas em relação aos outros. Nesse clima, o incidente Miklus constituiu, para alguns, um episódio frustrante, mas também um momento de reflexão, como demonstra o citado artigo de Franco e Franca Basaglia; para outros, porém, torna-se o episódio que esperavam para sepultar a experiência.

Certamente, o fato delituoso que envolve Miklus coloca o problema da contradição entre a tutela dos valores coletivos e a salvaguarda da personalidade individual. Mas, tal contradição não parece estar no centro dos interesses da investigação do MP, nem nas sentenças do Juiz Instrutor e dos Juízes do Tribunal. O problema fundamental parece ser muito mais o de verificar se os procedimentos burocrático-administrativos foram desatentos e a quem devem ser imputadas as decisões. Evita-se “aparentemente” questionar a validade da “nova terapia do hospital aberto”, mas toda a instrução, por parte do Ministério Público, volta-se, na prática, para sustentar a prevalência da custódia sobre o tratamento. A instrução é, como consta da sentença do Tribunal de 18/2/1972 no processo contra Antonio Slavich, **“longa e trabalhosa”**, mas **“o Dr. Casagrande, o Dr. Jervis e o Dr. Schittar, que estavam de serviço à época do fato junto ao**

40 - Franco e Franca Basaglia: “L’incidente” in L’Istituzione Negata. Ed. Einaudi Torino-1968 pag.362.

H.P.P, não se sabe por que motivo jamais foram ouvidos”.

A instrução buscou convalidar a tese segundo a qual Miklus, pelo fato mesmo de ser um doente mental, deveria ser considerado perigoso e irrecuperável, necessitando, assim, de uma custódia contínua. Em consequência, qualquer afirmação de melhora “**nada mais era do que uma afirmação enganosa**”. Sob esta ótica, dentre todos os 14 depoimentos, frequentemente contraditórios entre si, foram privilegiados somente alguns. Deu-se ênfase, por exemplo, ao testemunho do enfermeiro Minardi, que falava de uma tentativa de estrangulamento da mulher por parte de Miklus ocorrida na enfermaria, mas que remontava a dez anos antes e que, de todo modo, não fora confirmada pelo enfermeiro Colognatti; deu-se ênfase ao testemunho do Dr. Gobbo que, como por ele mesmo admitido, não estava presente no hospital naqueles dias e confundiu a reunião organizacional de serviço, que ocorria todas as manhãs na biblioteca da Direção, envolvendo médicos, chefes de seção, assistentes sociais e enfermeiros chefes, com as Assembléias quotidianas, da qual participavam os internos e todo o pessoal do hospital. Tal confusão está presente seja no requerimento do MP de envio a juízo, seja na decisão do Juiz Instrutor de envio a juízo, seja na sentença definitiva do processo Slavich. A isso se soma o fato de que Casagrande, médico de plantão no dia do delito, Jervis e Schittar, presentes à reunião organizacional da manhã em que foi decidida a liberação experimental, somente foram ouvidos no dia do julgamento. Todos esses elementos parecem confirmar a dúvida sobre uma instrução tendenciosamente orientada: o preconceito sobre a doença mental parece claro e inequívoco.

A renovação suscitada pela já citada lei Mariotti, com a introdução da internação voluntária e a supressão da inscrição no registro judiciário do doente mental, ainda não tinha, à época, suscitado aquela dialética – aliás, ainda hoje discutida – entre a tutela dos direitos e valores coletivos e a tutela da liberdade pessoal, com referência ao tratamento. Naquele momento, o tratamento, no

imaginário coletivo, ainda era identificado com a custódia, como defesa diante dos incômodos que o doente mental pode causar à sociedade.

Mas, havia ainda outro aspecto, a influenciar fortemente a instrução. Era o conceito de liberalização, à base do processo de mudança institucional; a análise de uma realidade em que a opção pela custódia institucional dizia respeito às classes mais pobres e indigentes. Eram conceitos que inevitavelmente traziam à luz o problema da contraposição de classe, a natural convergência com os movimentos contestadores de outras instituições (escola, fábrica, etc.) ou com a reivindicação de reconhecimento de direitos (saúde, educação, trabalho, família, casa, etc.), levando a considerar a experiência de Gorizia como um fato *tout-court* político, confundindo-a com os movimentos que desfraldavam um conceito de liberdade como ausência de qualquer regra. Essa visão política era contestada por outra visão contraposta, não-dialética e rígida, que se opunha a qualquer proposta ou reivindicação de mudança, defendendo a todo custo a realidade existente. Esses preconceitos, o político e o da impossibilidade de cura da doença mental, orientaram, portanto, toda a instrução. Basta considerar que o MP jamais quis envolver o Dr. Alì, seu amigo, com quem compartilhava ideais políticos. Basta considerar que o MP era o mesmo procurador que deu início à famosa investigação sobre o massacre de Peteano, na qual também esteve envolvido o J. I. Raul Cenisi.⁴¹

A manifestação do MP que incrimina Franco Basaglia e Antonio Slavich por cooperação em homicídio culposo entra no mérito dos processos de tratamento, quando afirma que os dois profissionais

41 - O "Massacre de Peteano" foi um atentado terrorista em que morreram três policiais, ocorrido em 31 de maio de 1972, nas proximidades de Peteano, distrito de Sagrado, na província de Gorizia, presumivelmente praticado por militantes da organização terrorista de extrema-direita "Ordine Nuovo", filiados ou dirigentes do MSI. O procedimento se caracterizou por graves deficiências investigatórias e pela tendenciosidade das hipóteses acusatórias, de modo tal a tornar impossível o estabelecimento da verdade. Torino-1968 pag.362.

não obedeceram às seguras e conquistadas realizações da ciência médica, sendo, portanto, puníveis a título de imperícia, negligência ou imprudência. O MP ressalta ainda que eles não teriam observado as prescrições legais, mas não menciona o Dr. Alì que assinou o documento de liberação, tampouco procurando obter o testemunho dos médicos presentes à reunião em que foi decidida a licença de Miklus.

O julgamento, ao contrário, é conduzido para a busca da responsabilidade burocrático-administrativa de quem concedeu a liberação, assinando a licença, ou seja, na direção da responsabilidade do Dr. Alì, que, àquela altura, já tinha morrido.

Essa minha interpretação encontra amparo, dentre outros elementos, em um artigo do jornal *“Il Gazzettino”*, que já publicara matérias contra a experiência basagliana e que, em matéria nacional de 19 de fevereiro, a cargo do correspondente Franco Escoffiér, assim se expressa a propósito da equipe de Gorizia: **“A equipe Basaglia, como é lógico, era composta de jovens, hoje quase todos em posições dirigentes, aqui e acolá, por toda a Itália, todos, naturalmente, absolutamente convencidos da eficácia de uma revolução”**. Toda a matéria dá bastante espaço às teses do MP e tende a levantar dúvidas sobre o Colégio Judicante, insinuando que este teria optado por uma “sentença pré-fabricada”. Conclui: **“E, então, a brusca conclusão, talvez previsível após as duas horas de apaixonadas alegações defensivas: quinze minutos de reunião do conselho e o tribunal, com quatro palavras, liquidou o caso: o prof. Slavich foi absolvido por não ter praticado o fato. Após o que, a teoria sobre a ‘escola Basaglia’ retoma seu caminho natural”**⁴².

O julgamento se dá cerca de dois anos e meio após o fato, em pleno clima político de estratégia de tensão⁴³.

42 - Franco Escoffiér “Assolto il medico a Gorizia per il caso del manicomio modello”. *Il Gazzettino* de 19 de fevereiro de 1972.

43 - Veja-se a respeito G. P. Testa: “La strage di Peteano”. Ed. Einaudi, Torino, 1976, em especial pp.134-135 e p.141. [Nota à edição brasileira] A expressão “estratégia de tensão” se refere aos anos 70 na Itália, durante os quais a abertura social e política aos partidos de esquerda foi hostilizada pelas forças conservadoras de direita, que recorreram a atentados sanguinários.

Como antes mencionado, Miklus tido como “pessoa inimputável por comprometimento total da mente” é condenado a cinco anos de permanência no mesmo H.P.J. Ali fica até a morte, sofrendo, de fato, uma condenação à prisão perpétua em uma instituição total.

Franco Basaglia é absolvido pelo J. I. em 1971, por não ter praticado o fato. Com a mesma fórmula, Antonio Slavich também é absolvido pela sentença do Tribunal em 1972. Implicitamente, é tido como responsável o Dr. Alì, que fazia as vezes de diretor na ausência de Basaglia e autorizara a liberação.

Certamente, os juízes não entram no mérito dos procedimentos terapêuticos então adotados no hospital de Gorizia, mas, assim fazendo, evidenciam, a meu ver, dois aspectos interessantes.

O Colégio judicante, referindo-se a Miklus, não considera a possibilidade de uma responsabilidade do doente mental; não avalia a questão, levantada pelo perito da defesa, de não se assumir como automática a estreita correlação entre doença mental e periculosidade social. A lei de reforma, a chamada lei Mariotti, claramente não é levada em nenhuma consideração. Não poderia ser de outra forma, na medida em que os juízes declaram não querer entrar no mérito técnico dos métodos de tratamento. Mas, é uma visão arcaica da psiquiatria a que influencia o comportamento dos juízes.

A criminologia italiana, de inspiração lombrosiana, desde o final do século XIX, sanciona qualquer ato criminoso como patológico; coloca como proeminente a individualização da periculosidade do mesmo ato em relação à sociedade; calibra a conseqüente sanção sobre o mecanismo de defesa da sociedade com o conseqüente controle do louco.

Para os juízes, Miklus é um esquizofrênico e, por isso mesmo, perigoso para a sociedade; por causa do total comprometimento mental, é incapaz de entender e querer e assim, sendo inimputável, não é sequer levado em consideração no julgamento de Slavich. Mas, a ele é cominado o máximo da pena: será recolhido por toda a vida em uma instituição total. Sancionado com um mecanismo que

privilegia a defesa da sociedade, Miklus desaparece como história e como indivíduo. Miklus – vale recordar – nos anos turbulentos que se seguiram à segunda guerra mundial, foi objeto de um atentado e, depois de alguns anos, recebeu a visita do autor do atentado já solto; daquele momento em diante, desenvolveu um estado de insegurança e, em seguida, de medo e terror, pelo que, após um ano, foi internado, tratado como personalidade psicopática com terapia de eletrochoques e, depois, definitivamente atado ao manicômio com diagnóstico de paranóia agravada. Mas, aos juízes parece não interessar o esforço reabilitador voltado para a revalorização de uma pessoa que combatera pela liberdade, sua, de sua família, de sua terra; uma pessoa que se considerava um militar digno de ter uma pensão, mas que, ao contrário, torna-se objeto de um atentado, de sucessivas ameaças que o conduzem prisioneiro a um manicômio, onde ninguém leva em consideração sua tragédia. O importante é defender a sociedade de um louco que praticou um ato criminoso. Certamente, é preciso ter em conta a defesa da sociedade contra atos criminosos; certamente, quem pratica um crime deve ser sancionado, mas é difícil compreender como uma pessoa inimputável e necessitada de tratamento possa ser recolhida por toda a vida e abandonada até a morte, condenada por uma periculosidade social apenas porque se presume que possa vir a cometer outros atos criminosos. A condenação se funda em uma presunção e não sobre um fato demonstrado.

O segundo problema que a sentença propõe se refere à conduta culposa do médico, isto é, de Slavich.

A conduta culposa pode estar referida a umnexo etiológico não apenas quando o resultado é uma consequência certa, direta e inequívoca, mas também quando é altamente provável, ou previsível e provável. Sob esse aspecto, à diferença do MP, o Colégio judicante acolhe a tese da perícia do juízo, que afirma que **“pelas razões já expostas, não era previsível que o acusado matasse a mulher”**. Todavia, não são levados em consideração os motivos que induziram

o J. I. a enviar Slavich a juízo, isto é, **a negligência e a imperícia profissionais.**

Os defensores de Slavich sustentaram a insubsistência de tais motivos, mas o Colégio judicante, pondo a responsabilidade das liberações experimentais nas costas do Dr. Alì, **falecido no curso prolongado da instrução**, evita, como Pilatos, entrar no problema do crime culposos por negligência e/ou imperícia por não ter o agente executado as medidas de cuidado ditadas pela lei ou pelo costume que substanciariam o crime culposos. O aprofundamento desse aspecto significaria ter de verificar se foi executada uma intervenção lícita, ainda que em presença de erros, e assim entrar no mérito e ser obrigado a emitir um juízo sobre a intervenção terapêutica adotada.

Culpando uma pessoa não mais vivente, evitou-se tanto a diatribe científica realizada, que deveria ter na devida consideração os testemunhos do mundo científico nacional e internacional solidário com Franco Basaglia, quanto o perigo de se envolver na problemática política que informara a opinião do MP.

Em parte, essas interpretações parecem dar razão ao jornalista do *Gazzettino*, quando fala de sentença pré-fabricada, mas por motivos totalmente opostos ao que ele afirma: não para confirmar a justiça da experiência de Gorizia, mas para permanecer acima de qualquer diatribe científica ou política.

O problema da responsabilidade dos sujeitos envolvidos permanece um fato não enfrentado e, por isso mesmo, não resolvido.

IV. O primeiro incidente de Trieste

Lorenzo Toresini (*)

1. O fato (10 de junho de 1972)

Em 14 de fevereiro de 1972, um sábado, Giordano Savarin era liberado “em caráter experimental” – conforme a terminologia da Lei 1904 “Sobre Manicômios e alienados” e posterior decreto regulamentador 1909 – do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste. O paciente, nascido em 1929, foi confiado aos cuidados da mãe, Caterina Stupancich in Savarin, que o levava para casa após uma internação de 39 dias. Quatro meses depois, em 10 de junho de 1972, Giordano Savarin matava “ambos os genitores, atingindo-os repetidas vezes com uma faca rudimentar”.

O Juiz Instrutor, por sentença de 8/2/1973, absolvía Savarin, reconhecendo-o portador de “incapacidade absoluta de entender e querer, no momento do fato, além de socialmente perigoso”. Em consequência, determinou o J. I. “a internação em manicômio judiciário por prazo não inferior a dez anos”. No mesmo contexto, determinou o J. I. o envio a juízo de Franco Basaglia, então diretor do HPP de Trieste, juntamente com o Dr. Edoardo De Michelini, médico psiquiatra do Centro de Higiene Mental.

Para o primeiro, a acusação foi de homicídio culposo, por ter liberado em caráter experimental um paciente perigoso, enquanto portador de esquizofrenia paranoide, e, especialmente, por tê-lo confiado à mãe, idosa e, além do mais, analfabeta. Em consequência desse particular, a senhora não deveria ter sido julgada apta para receber o paciente, na medida em que incapaz de ler e, portanto, de seguir escrupulosamente as corretas prescrições farmacológicas (Serenase gotas, Nozinan cpr, Fargan cpr, Mogadon cpr, Artane cpr). O segundo foi acusado de, na qualidade de diretor do CHM,

(*) Lorenzo Toresini colaborou com Franco Basaglia em Trieste; atualmente, é diretor dos Serviços de Saúde Mental de Merano (lorenzotoresini@libero.it).

ter omitido de exercitar um controle acurado sobre o paciente em liberdade domiciliar.

O julgamento em primeiro grau se celebra em novembro de 1975, resultando na absolvição de Franco Basaglia, por insubsistência do fato. O Dr. Edoardo De Michelini, no entanto, foi condenado à pena de 1 ano e 4 meses de reclusão, sendo reconhecido culpável por omissão, por ter confiado excessivamente na palavra da mãe do réu louco, que lhe dera garantias formais de querer se ocupar da regular administração da terapia ao filho.

O julgamento da apelação se celebra em abril de 1977, resultando na confirmação da absolvição de Franco Basaglia e na reforma da sentença de 1º grau em face do Dr. Edoardo De Michelini, que é então absolvido “do crime que lhe foi atribuído, por insuficiência de provas”.

A Corte Suprema de Cassação, julgando recurso interposto pelo P. G., rejeita-o, anulando a sentença impugnada, sem necessidade de novo julgamento, na parte em que absolveu De Michelini, Edoardo por insuficiência de provas, para substituir tal fórmula pelo fundamento de não estar o fato previsto em lei como crime.

2. As sentenças

2.1. Sentença de primeiro grau do Tribunal de Trieste de 25/11/1975.

**República Italiana, em nome do Povo Italiano
o Tribunal de Trieste, Seção Penal, atualmente composto
pelos magistrados Dr. Italo Visalli, presidente; Dr. Vincenzo
D'Amato, juiz; Dr. Paolo Alberto Amodio, juiz, proferiu a
seguinte sentença na causa penal contra:**

1. Basaglia, Franco, solto, presente;
2. De Michelini, Edoardo, solto, presente; acusados
da prática do crime dos arts. 41 e 589 (mod. pelo art. 1º
da Lei no 296 de 11.5.1966), parágrafos 1º e 3º CP.

Em Trieste e Muggia, até 10 de junho de 1972...

P.Q.M.

O Tribunal

Nos termos dos arts. 483, 487, 488 CPP,

**- declara o acusado Edoardo De Michelini culpado do crime
a ele atribuído, e, concedendo-lhe as atenuantes genéricas,
condena-o à pena de 1 ano e 4 meses de reclusão, além do
pagamento das despesas processuais, determinando que a
pena assim imposta seja condicionalmente suspensa, sob
as condições e cominações legais, não se fazendo menção
à condenação na folha de antecedentes penais do Registro
Judiciário.**

Nos termos do art. 479 CPP,

**- absolve o acusado Franco Basaglia do crime que lhe foi
atribuído, por insubsistência do fato.**

Trieste, 25 de novembro de 1975.

Sentença da Corte de Apelação de Trieste, de 28 de abril de 1977.

**A Corte de Apelação de Trieste, reformando parcialmente a
sentença do Tribunal de Trieste de 25/11/1975, impugnada
por De Michelini, Edoardo e pelo MP, absolve De Michelini**

do crime que lhe foi atribuído, por insuficiência de provas. Confirma, em seus demais termos, a sentença apelada.

2.2. Sentença da Corte Suprema de Cassação de 12 de abril de 1978, no 23893/77 R.G.

Em 29/4/1977, o MP interpôs recurso de cassação contra os acusados Basaglia, Franco e De Michelini, Edoardo.

Segue sentença no 707/75.

Em 29/4/1977, o adv. Sergio Padovani pelo acusado De Michelini, Edoardo interpôs recurso de cassação. Em 29/4/1977, o adv. Enzo Morgera pelo acusado De Michelini, Edoardo interpôs recurso de cassação.

A Corte Suprema de Cassação, por sentença de 12/4/1978, no 23893/77 R.G., no recurso interposto pelo P.G. em face de

1) De Michelini, Edoardo (também recorrente);

2) Basaglia, Franco,

rejeita o recurso do P.G., anula a sentença impugnada, sem necessidade de novo julgamento, na parte em que absolveu De Michelini, Edoardo por insuficiência de provas, para substituir tal fórmula pelo fundamento de não estar o fato previsto em lei como crime.

Transitada em julgado em 12/4/1978. O escrivão.

3. Considerações sobre o primeiro caso de Trieste

3.1. Previsibilidade

“A primeira indagação que se coloca – diz a sentença do Tribunal de 1º grau de Trieste no já longínquo ano de 1975 – é, pois, se o trágico resultado causado por Savarin, em absoluta incapacidade de entender e querer, seria vinculável em uma relação de causalidade eficiente à conduta do acusado Basaglia, que determinou sua liberação do H.P.P. A este respeito, é oportuno ressaltar que a liberação de Savarin em 14/2/1972 não foi adotada, nem se encaixa no quadro das novas concepções da psiquiatria e da função dos manicômios de que o Dr. Basaglia se fez tenaz e contestado defensor. Ao Tribunal não interessa saber se, naquela data, o H.P.P. já tinha se transformado em manicômio aberto e, assim, se nas relações com os doentes liberados, em diversas formas, já tinham sido introduzidas as inovações – algumas das quais já recebidas pelas leis do Estado – promovidas pelo Dr. Basaglia. O fato é que, no que se refere a Savarin, a liberação foi deliberada e executada exclusivamente segundo os critérios adotados por ocasião das precedentes internações, pelos então diretores do H.P.P. de Trieste, e em rigoroso respeito às normas e práticas em vigor. Deriva daí que, na valoração da conduta do Dr. Basaglia, deve permanecer estranho o critério da previsibilidade e possibilidade de evitação do resultado [grifo nosso], adotado em algumas decisões recentes da Corte de Cassação referentes a fatos e ocorrências conexos à realização de ardentes inovações técnico-científicas, cujas concepções foram tão lucidamente expostas pelo M.P. em sua petição”.

Portanto, afirma a sentença, o problema central é o da previsibilidade – e essa é a eterna questão no âmbito temático da responsabilidade profissional dos psiquiatras. Em outras palavras, se um indivíduo é totalmente incapaz de entender e querer, seu comportamento poderia ser assimilado a um fato de ordem mecânica, de modo a configurar um percurso linear, transparente,

visível, previsível? Isto, entenda-se, por parte de um olhar técnico e profissionalmente preparado. Não seria verdade, parece dizer a sentença, ainda que para refutar tal tese, que os psiquiatras sabem ler o que se passa na mente das pessoas? E se sabem ler o que se passa na cabeça dos seres humanos, não seriam talvez capazes de perceber naquelas mentes, um tanto simplificadas, aquilo que, tão provável quanto inevitavelmente, estaria por acontecer? Salta aos olhos uma comparação que se impõe. Até há poucos anos, não parecia existir nada mais absolutamente imprevisível do que o tempo atmosférico. Dizia-se: “tempo bizarro”, ou, exatamente, “tempo louco”. Ora, isso não é mais verdade. A tecnologia, a observação escrupulosa, globalizada, estendida ao mundo inteiro, permite hoje, com margem de certeza quase absoluta, prever o tempo que fará. O tempo atmosférico perdeu, para toda a Humanidade, sua bagagem de arbitrariedade. A ciência, a técnica e, portanto, a Razão, afirmam que a mente humana, o cérebro assolado por uma doença, no fundo também não passa de um órgão mecânico, devendo, pois, os técnicos na matéria serem capazes de prever. Prever e, assim, prevenir. E, se não preveem, devem responder pelo fato que não previram. Porque, certamente, eram capazes, exatamente, de prever. E se não previram e não preveniram, isso certamente foi fruto de negligência e, portanto, certamente são responsáveis.

O que não se considera nessa concepção, que naturalmente jamais é explicitada como tal, mas aflora nesse pensamento naturalístico primordial – ou, se preferirmos, que brota da esplêndida metáfora do Gênesis –, é a simples conclusão de que, imaginar tal mecanicismo na mente humana estaria a implicar a abolição do livre arbítrio. O ser humano “sadio” seria capaz de se autodeterminar e, portanto, quando transgredir as leis morais, fá-lo consciente e voluntariamente, no interior de um projeto criminoso e doloso. Já o sujeito afetado por um processo patológico perderia essa sua qualidade, devendo assim ser considerado como um autômato, incôscio, inconsciente, totalmente determinado e, portanto, inculpável. A responsabilidade

por seus atos deve, todavia, caber a alguém, vale dizer, ao técnico que não foi capaz ou não se dignou a intervir nos seus dispositivos doentes, em seus “parafusos”.

Vem à lembrança o percurso lógico do “rei” do positivismo psiquiátrico, o “grande” Cesare Lombroso, que, coerentemente com o espírito de seu tempo, considerava o Homem inserido em seu percurso evolutivo. Partindo assim da constatação anatômico-funcional da existência de três córtices cerebrais no cérebro humano, neopálio, paleopálio e arquipálio, em que “normalmente” um prevalece sobre o outro, mantendo-se o córtex inferior sob seu próprio controle, anatômico, funcional, mas também (quase) ético, Lombroso julgava que a loucura consistisse em uma subversão de tal hierarquia. Nessa subversão, o arquipálio, o córtex inferior, aquele que, dado o percurso na ontogênese da filogênese, corresponde ao dos répteis, prevaleceria sobre o neopálio. Sobre aquele neopálio que constitui a base hardware do software que é a razão consciente, fundamento da autoconsciência e do autocontrole humano. Daí decorre que o ser humano, regredido a réptil, acaba por se tornar um sujeito mais elementar, mais decifrável, mais previsível. Mas também, obviamente, mais perigoso. Com efeito, o crocodilo responde de maneira automática, ou semiautomática, aos estímulos olfativos. E responde agredindo e mordendo. Daí decorre, pois, que o crocodilo é perigoso.

Salta aos olhos uma concepção racista, evidentemente baseada em uma tese, um pressuposto e um preconceito de tipo biológico: o do homem mecânico, comparável ao tempo atmosférico, que, embora profundamente complexo em seus “decisórios”, não deixa, no entanto, de permanecer sempre mecânico. Tudo isso, evidentemente, dentro de uma concepção ingenuamente otimista de que a ciência, a pesquisa e a técnica, mais cedo ou mais tarde, descobrirão o fundamento do comportamento e do livre arbítrio humano. Vale dizer que, como frequentemente acontece na pesquisa, deveria e poderia ser exatamente da observação da patologia que se chegaria

à compreensão da fisiologia, analogamente ao fato de que da observação da psicopatologia às vezes mais facilmente se chega à psicologia, isto é, ao pensamento humano “normal”.

Pois bem, de tudo isso a sentença de 1975 fala, para dizer a verdade, de maneira um tanto crítica: **“na valoração da conduta do Dr. Basaglia, deve permanecer estranho o critério da previsibilidade do resultado”**, o que não é e nem pode ser matéria de valoração judiciária. Isto porque a previsibilidade do comportamento humano “sadio”, mas também “patológico”, não pode evidentemente ser matéria de reducionismo mecanicista.

3.2. Circunstância interruptiva

Diz mais a sentença do Tribunal de Trieste de 1975: **“É lamentável constatar, mas é preciso ser dito, que a negligência ou imprudência seriam atribuíveis exatamente à guardiã e a seu marido, por não terem alertado o H.P.P sobre o comportamento absolutamente anormal em que recaíra Giordano Savarin nos dias que precederam o fato criminoso, comportamento esse caracterizado por inequívocos sintomas de uma superveniente e perigosa crise persecutória (vejam-se os depoimentos de Strain...). A omissão foi certamente ditada pelo afeto e pela esperança, infelizmente infundada, dos dois pobres genitores de que a crise desapareceria ou regrediria. Todavia, essa omissão aconteceu e se interpõe como circunstância interruptiva válida entre a conduta do Dr. Franco Basaglia e o crime cometido pelo paranoico Savarin”**.

Existem, pois, afirmava o Tribunal de Trieste, circunstâncias capazes de interromper o nexo de causalidade entre a responsabilidade do médico psiquiatra e os comportamentos de seus respectivos pacientes. Uma dessas é o fato de não ter sido adequadamente informado sobre suas piores, por exemplo, pelo silêncio dos familiares, no caso presente, da mãe.

Mas, que circunstância interruptiva em relação à suposta responsabilidade culposa do médico psiquiatra seria maior do que,

em vez de se reconhecer o paciente como “totalmente incapaz de entender e querer”, nos termos do art. 88 CP, fosse ele reconhecido “parcialmente doente mental”, nos termos do art. 89 CP? Nesse segundo caso, está implícito que a capacidade residual do sujeito que não perdeu o senso ético comum, estando, no máximo, apenas parcialmente influenciado por sua própria doença, constitui circunstância interruptiva da responsabilidade do médico. Outra é a situação, mencionada na sentença da Cassação, seção penal IV (no 39680, de 9 de outubro de 2002), já referida, concernente ao caso do depósito de borracha⁴⁴. Não por acaso a sentença assimila um sujeito reconhecido totalmente incapaz de entender e querer a um depósito de borracha. Impossível não ver aqui uma concepção mecanicista do homem, que reduz a zero a subjetividade, qualquer subjetividade, assimilando-a à de uma máquina, ou até a um depósito de pneumáticos.

3.3. A Lei 431 e a consciência da doença

A Lei 431, de 1968, continha em seu texto o termo CHM (Centro de Higiene Mental). Com efeito, promovia, pela primeira vez, desde a invenção da psiquiatria, ao menos em nosso país, a construção de “dispensários”, estruturas externas ao Hospital Psiquiátrico, que se ocupassem dos pacientes liberados. A finalidade – a própria palavra o expressa – era a de “dispensar” psicofármacos, conselhos, exames, controles, apoio. Trata-se, como facilmente se pode deduzir de alguns detalhes escondidos entre as linhas da sentença Basaglia-De Michelini, de ambulatórios onde se desenvolvia um trabalho tão simples quanto basilar. Não se fala de trabalho de equipe, por exemplo, tendo-se a impressão de que prevaleceria o

44 - [Nota à edição brasileira] Trata-se do episódio, antes mencionado, em que foi afirmada a responsabilidade a título de culpa de um sujeito que, pelo estado de abandono e negligente descuido em que mantinha um depósito de material de borracha, contribuíra para pôr em atuação as condições para que se verificasse um incêndio, que, na realidade, acabou por ser ateado por desconhecidos.

aspecto burocrático. Todavia, é preciso reconhecer que tal estrutura assumiu, pela primeira vez na história da psiquiatria⁴⁵, um papel de ruptura com o anterior paradigma. Um paradigma que previa a incapacidade absoluta do paciente psiquiátrico de, como veio a sustentar, anos depois, o Ministro da Saúde (pluri-investigado e condenado) Francesco de Lorenzo, ter “consciência da doença”. Da menção legal implicitamente decorria que a existência e a introdução do CHM no território estaria a pressupor o fato de que algumas ou muitas pessoas fossem capazes de bem compreender seu significado e, portanto, de recorrer àquele, a toda evidência voluntariamente, a partir da consciência de se achar naquela situação particular que, comumente, assume o nome de “doença mental”.

Trata-se, em essência, de uma ruptura histórica com o aparato conceitual anterior, que o Ministro De Lorenzo não podia ou não queria ter em conta. Esse mesmo aparato conceitual que assimilava o louco a um ser inferior e automatizado, pelo que não tinha responsabilidade sobre suas escolhas e seus gestos (o “crocodilo”), estando suas decisões desvinculadas do controle da razão soberana, já que determinado pela desrazão instintiva, doente e de todo modo negativa.

Simultaneamente, a Lei 431, de 1968, da qual, hoje, não se fala mais, na medida em que amplamente superada pela Lei 180-833 de dez anos depois, previa outros aspectos de fundamental importância para a superação definitiva do paradigma psiquiátrico historicamente dado.

Primeiro desses aspectos era a previsão da internação voluntária. O artigo 4º da Lei 431, de 1968, previa a possibilidade de internação voluntária no Hospital Psiquiátrico, mas, à diferença do art. 63 da lei regulamentadora 1909 (pelo qual o cidadão-paciente poderia requerer a internação voluntária, mas se tornava automaticamente

45 - [Nota à edição brasileira] Este ineditismo diz respeito à Itália, pois, na França, desde 1958, já funcionava a psiquiatria de setor, por obra de Philippe Paumelle, Serge Lebovici e René Diatkine.

um interno compulsório, perdendo os direitos civis), o paciente voluntário mantinha seus direitos civis e a possibilidade de decidir o momento da própria liberação. Nos termos do art. 4º, para quem se fazia internar, o Hospital Psiquiátrico se tornava um hospital geral, orientado pelo princípio do consentimento.

O segundo aspecto previa a instituição de divisões no interior do Hospital Psiquiátrico. A lei instituiu uma divisão, com um diretor, um ajudante e pelo menos um assistente médico para cada 125 postos-leitos. Antes, nos manicômios, existia uma equipe formada por um diretor, um ajudante e um assistente para os homens e uma para as mulheres: não mais do que duas equipes médicas. Em Trieste, por exemplo, onde, em 1968, os pacientes eram 1.200, foram instituídas dez divisões, oito delas sendo as novas divisões. Isto significou que o manicômio finalmente poderia se tornar também um lugar de tratamento, não apenas de controle e de... violência.

V. O segundo incidente de Trieste

Lorenzo Toresini

1. O fato (29 de junho de 1977)

Em 27 de junho de 1977, um domingo, por volta de 11 horas, dirige-se ao Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste uma jovem de 27 anos, Maria Letizia Michelazzi in Trani, a qual já havia apresentado pesado quadro psicopatológico. Explica ter sido portadora de grave forma de neurose obsessiva e ter se submetido, com seu consentimento, a uma leucotomia pré-frontal, no ano anterior, na Suíça (dirá: “cortaram-me a cabeça”). Esclarece ainda que o núcleo central de sua obsessão gira em torno do filhinho de quatro anos. Naquele momento, a paciente estava cansada após uma longa viagem e, sentindo-se inapta como mãe, pedia ajuda. Dois psiquiatras a escutaram e pediram que esperasse, a fim de se consultarem entre si. Logo ficou claro para os dois médicos que internar na enfermaria de Acolhimento de Mulheres do Hospital Psiquiátrico de Trieste aquela mulher, jovem e, mais do que isso, em aparente bom estado de compensação, parecia ser profundamente contraindicado para ela própria. Além da inquestionável capacidade de se representar corretamente, descrevendo a si mesma de maneira crível e substancialmente equilibrada, a jovem deixava escapar alguns traços histriônicos e (embora apenas vagamente) exibicionistas. Por essa razão, pareceu-lhes desaconselhável o acolhimento em uma enfermaria psiquiátrica, onde, dentre outras coisas, estavam internadas mulheres com traços semelhantes, com quem rapidamente se instalaria um clima conflituoso. Decidiram, então, esperar a chegada de um terceiro psiquiatra, que dali a pouco voltaria de sua visita dominical ao CSM⁴⁶ de Muggia, para, com este,

46 - [Nota à edição brasileira] CSM é a sigla de *Centro di Salute Mentale*, isto é, Centro de Saúde Mental. Os Centros de Saúde Mental correspondem aos CAPs da reforma psiquiátrica brasileira. Os CSM de Trieste correspondem mais especialmente aos CAPs III.

começarem imediatamente a planejar um programa de tratamento e reabilitação domiciliar. A mulher, afastando um cacho de cabelo, exibiu o que julgava ser visível como cicatriz em posição látero-frontal, fruto, a seu dizer, da mencionada leucotomia. Tal cicatriz, no entanto, não foi vista pelo médico a quem ela a mostrara. À chegada do terceiro médico, a paciente, que fora ao HPP voluntariamente e parecia substancialmente compensada, já tinha ido embora.

Três dias depois, em 28/6/77, a mulher afogava dramaticamente o próprio filho de quatro anos na banheira de casa.

Declarada doente mental total, Maria Letizia Michelazzi in Trani foi internada no HPJ de Castiglione delle Stiviere. A Procuradoria da República formula a hipótese de negligência, imperícia e imprudência por parte dos dois psiquiatras, por não terem impedido o evento, internando imediatamente a jovem, e por não terem se preocupado em conduzi-la ou procurá-la em sua casa ou em outro lugar. Expede, então, um mandado de notificação para os dois médicos, que são acusados de homicídio culposo.

A Consultoria Técnica da Procuradoria demonstra claramente o fino déficit cognitivo que sobreveio à mulher após a leucotomia, a que ela realmente se submetera, acrescentando, porém, que tal déficit não era percebível em uma normal entrevista clínica. Admite o erro profissional, mas, segundo o perito da Procuradoria, a gravidade não era de tal forma a configurar o crime de culpa profissional. A instrução se arrasta por mais de um ano e o procedimento contra os dois médicos certamente seria arquivado, não fosse a intervenção de uma tão providencial quanto dirigida carta anônima. Nessa carta, afirmava-se que os enfermeiros que falaram com a mãe homicida, antes que fosse atendida pelos dois psiquiatras, teriam ouvido de sua própria boca a intenção de matar o filho. Chegou-se, assim, ao envio a juízo, pressupondo-se que o fato de a mulher ter expressado aos enfermeiros sua intenção de eliminar o filho significava que ela o dissera também para os médicos. Consequentemente pressupunha-se que o fato de ter declarado tal intenção constituía sintoma grave de

uma doença perigosa qualquer, que a internação no manicômio teria impedido o trágico evento posterior, e, finalmente, que a verbalização de uma intenção infanticida deveria ser enquadrada como um aspecto clínico, de competência médica, não avaliável isoladamente, sendo por isso de competência médica a intencionalidade do crime.

O julgamento em primeiro grau se desenvolveu em 1980. Desde os primeiros enfrentamentos de caráter procedimental, a batalha se fazia dura. O Tribunal excluía a participação da mulher homicida, enquanto totalmente incapaz de entender e querer, sendo ela absolvida ao final da instrução por enfermidade mental, nos termos do art. 88 CP. A senhora Maria Letizia Michelazzi in Trani fez uma rápida aparição na sala de audiências, cercada por uma densa nuvem de policiais, vinda do HPJ de Castiglione, sendo, após, reconduzida ao lugar de onde viera. O MP apostava em seu testemunho contra os acusados (os médicos), com o objetivo de descrever a suposta suficiência, superficialidade e, a seu ver, a indiferença – em uma palavra, o escasso profissionalismo – com que ela fora tratada durante a entrevista (dois anos antes) com os dois médicos. Comentava-se, por baixo do pano, que a Procuradoria prometera à mulher que, se sustentasse a tese da superficialidade dos médicos, sairia do HPJ, ou, pelo menos, a mulher se iludira de que isso aconteceria. Assim agindo, o MP se preparava para enfrentar a contradição de fazer testemunhar uma acusada (ainda que absolvida por total doença mental) contra outros acusados. Para avaliar essa escolha tática, o MP acenava com as sentenças que, naquela época, serviam para legitimar os testemunhos dos pentiti em relação a outros acusados por crimes de terrorismo. A Corte, no entanto, rejeitou o requerimento.

Afinal, o Tribunal de 1º grau absolveu os dois acusados, com fórmula plena, por não terem cometido o fato. Essa absolvição, dentre outras que aconteceriam naqueles anos, com análogo significado, foi saudada como expressão da influência da nova Lei 180 de 13 de maio de 1978 sobre o Judiciário.

O julgamento da apelação se desenvolveu em 1982, concluindo

com a confirmação da absolvição, também com fórmula plena, até porque a fórmula da dúvida fora abolida no transcurso daqueles anos.

A Procuradoria Geral interpôs recurso para a Cassação. Em 1986, a Cassação confirmou a sentença proferida na apelação. Um dos advogados da Defesa descreveu a audiência como efervescente, não obstante a delicadeza da matéria.

2. A perícia

Como antes mencionado, a Consultoria Técnica da Procuradoria demonstrou claramente o fino déficit cognitivo que sobreveio à mulher em seguida à leucotomia – tendo sido, posteriormente, esclarecido na CTU que ela efetivamente a sofrera – ressaltando, porém que esse déficit não era percebível em uma normal entrevista clínica. Também já mencionado que a gravidade do presumido erro profissional dos médicos acusados não era de tal monta que pudesse configurar o crime de culpa profissional. A CT da Procuradoria foi aceita pelo Juiz Instrutor que assim se viu – malgrado sua vontade, como restou evidente – privado de elementos para determinar o envio a júízo dos dois médicos acusados.

A CT, inicialmente da Procuradoria da República e depois do juiz de mérito, chegou mesmo a sustentar que acontecera um erro diagnóstico por parte dos psiquiatras acusados, que, a seu ver, teriam confundido uma neurose obsessiva com uma psicose pseudoneurótica, sempre de caráter obsessivo. Assim, a CT esquecia a diferença entre júízo diagnóstico *ex ante*, antes da prática do delito, e júízo diagnóstico *ex post*, após a prática do filicídio. A visão e o dito júízo posterior são decisivamente diversos da visão e do júízo anteriores à prática de um delito. A CT, além disso, dava como certo, nesse nível, o fato de que, em se tratando de pessoa portadora de psicopatologia, o delito estaria a pressupor *tout court* um diagnóstico de psicose, enquanto um diagnóstico de neurose poderia inclusive não conduzir à incapacidade total de entender e querer. Em outras palavras, a CT dava como certo o fato de o diagnóstico de psicose pressupor um júízo de periculosidade, reservando às neuroses uma margem maior de liberdade e, portanto, de responsabilidade. Evidentemente, tal não poderia ser o caso de Maria Letizia M. in T., pela simples razão dela ter matado.

Nada disse a CT sobre o tema da leucotomia. Não questionou, em absoluto, se o fato de ter ignorado a presença de uma leucotomia

poderia agravar a responsabilidade dos médicos psiquiatras, dado que lesão tão grave do lobo frontal verossimilmente teria reduzido, juntamente com a ansiedade sintomática e a estruturação defensiva obsessiva, a própria autoinibição e o autocontrole. Essa foi a realística tese, após o delito, de Hrayr Terzian, catedrático de neurologia na Universidade de Verona, reitor da mesma Universidade, amigo íntimo e médico pessoal de Franco Basaglia. Ainda mais estranhamente, a CT tampouco se manifestou sobre eventual responsabilidade do cirurgião suíço que, de algum modo, poderia inclusive representar um antecedente causal da desinibição e, assim, da passagem ao ato por parte de Maria Letizia Michelazzi. A Procuradoria da República tampouco ousou indagar sobre os efeitos devastadores da leucotomia, dando por demonstrado que se tivesse tratado de uma intervenção terapêutica.

3. As sentenças

3.1. Sentença do Tribunal de Trieste no 841/80, de 19 de novembro de 1980

República Italiana. Em nome do Povo Italiano, o Tribunal Civil e Penal de Trieste – Seção Penal, composto pelos magistrados: Dr. A.B., presidente; Dr. S.L., juiz; Dr. E.N., juiz

pronunciou a seguinte sentença na causa penal contra Vincenzo Pastore, solto, presente, e Lorenzo Toresini, solto, presente, acusados:

a) do delito de cooperação em homicídio culposo – arts. 113, 589, com as modificações do art. 1º da Lei no 296 de 11/5/66, parágrafos 1º e 3º CP – por ter o primeiro, na qualidade de médico-chefe do Hospital Psiquiátrico de Trieste, de plantão naquela manhã, e o segundo, na qualidade de médico da enfermaria de acolhimento de mulheres do mesmo nosocômio, deixado, por imprudência e negligência, de internar, de providenciar algum tipo de apoio psiquiátrico e até mesmo de registrar o único ‘contato’ ambulatorial, em relação a Maria Letizia Michelazzi que, na manhã de 26 de junho de 1977, apresentara-se a eles, referindo, em entrevista com cerca de quarenta minutos de duração, ter sido anteriormente internada, por diversas vezes, em clínicas e hospitais psiquiátricos, ter sofrido uma operação de psicocirurgia no crânio (lobotomia), ter tentado o suicídio uma vez, ter um filho pequeno em relação ao qual sentia impulsos agressivos e o preciso desejo-medo de matá-lo, acrescentando que se voltasse para casa faria alguma loucura, e isso embora a mesma insistisse mais de uma vez e decisivamente, pedindo para ser internada e afirmando não se sentir bem, estar perturbada, não poder mais, tendo eles se limitado a sugerir, sem nem mesmo

registrar a entrevista e os dados da mulher, que ela se dirigisse ao Centro de Higiene Mental de Muggia, sem procurar reencontrá-la depois que, desiludida pela recusa de internação e pela falta de assistência, afastar-se com uma desculpa, de tal modo que Maria Letizia Michelazzi, abandonada e entregue a si mesma, causou a morte do filho Fabio de quatro anos, afogando-o na banheira.

b) do delito de concurso em recusa de atos de ofício – arts. 110 e 328 CP – por terem, na qualidade de encarregados de um serviço público, como respectivamente diretor de plantão e assistente da enfermaria de acolhimento de mulheres do Hospital Psiquiátrico de Trieste, indevidamente, porque a tanto obrigados pelos sintomas apresentados pela paciente e por quanto por ela mesma referido, e em desacordo com as disposições estabelecidas no art. 14 D.P.R. no 128 de 27/3/1969 sobre o regulamento interno dos serviços hospitalares que impõe ao médico de plantão motivar, por escrito, a recusa de internação, se negado, em concurso de vontades e ações, a internar Maria Letizia Michelazzi, que a eles se apresentara, pedindo repetida e decisivamente para ser internada e motivando tal pedido com suas condições psíquicas que a levavam a externar sua agressividade contra seu filho menor, como, de fato, o fez dali a três dias, matando-o. Em Trieste, 26 de junho de 1977.

Nos termos do art. 479 CPP

Absolve:

Vincenzo Pastore e Lorenzo Toresini das acusações que lhes foram feitas, porque os fatos não constituem crime. Trieste, 1/11/80.

O juiz relator E.N.

3.2.Sentença da Corte de Apelação de Trieste, de 7 de dezembro de 1982

A Corte de Apelação de Trieste, por sentença datada de 7/12/82, reformando parcialmente a sentença do Tribunal datada de 19/11/80, apelada pelo MP em relação a Vincenzo Pastore e Lorenzo Toresini, absolve os acusados do crime referido no item a) por insuficiência de provas. Nos termos do art. 1º e ss D.P.R. no 744 de 18/12/81, declara a extinção do processo em relação ao crime referido no item b) por estar extinto por superveniente anistia.

3.3.Sentença da Cassação, IV seção Penal, 11 de outubro de 1996, no 9542

Em 9/12/82, o acusado Lorenzo Toresini interpôs recurso perante a Cassação. Em 9/12/92, o defensor do acusado Vincenzo Pastore interpôs recurso perante a Cassação. Em 10/12/82, a parte civil interpôs recurso perante a Cassação.

A Corte Suprema de Cassação, por sentença datada de 1/12/96, em recursos interpostos pelo MP, L. Trani (P.C.), Vincenzo Pastore e Lorenzo Toresini, declara inadmissível o recurso da parte civil.

Rejeita os recursos dos acusados e condena os recorrentes solidariamente ao pagamento das despesas processuais e da taxa de sentença. Condena-os ainda ao pagamento da quantia de 300.000 libras, para cada um, a serem recolhidos à Caixa das Multas.

Em 1/12/86. O Escrivão.

4. Considerações sobre o segundo caso de Trieste

Pier Aldo Rovatti, em ensaio sobre o caso – “*Una scena vuota*”⁴⁷, escreveria: **“O poder médico não se alforriou do poder judiciário, mas se destacou dele e, por isso, foi atacado com violência... O mecanismo, cuja genealogia Foucault nos mostrou, demonstra aqui não funcionar mais, ou não funcionar de todo. Há um obstáculo provocado pelo surgimento de outras práticas e um saber médico diverso. A microfísica do poder revela uma pequena alteração”**.

Em outras palavras, o mandante do controle social não era capaz de verificar e punir a traição de seu próprio mandato.

4.1.O nexos de causalidade

A eterna questão da psiquiatria é a da periculosidade e da responsabilidade do psiquiatra em relação a comportamentos perigosos. Se determinadas pessoas na sociedade sofrem de **Desrazão**, definitivamente, outras pessoas, delegadas pela sociedade da **Razão**, são obrigadas a gerir, a ter a seu cargo, a normalizar, a silenciar, se necessário até à força, os sujeitos portadores de **Desrazão**. A grande conquista do Século das Luzes, confortada pelas certezas do Positivismo científico, foi que tais sujeitos não respondem por seus comportamentos e, portanto, por seus crimes. O senso comum é o de que tais sujeitos não são detentores do livre arbítrio. De certa forma, seus comportamentos aparecem como “automáticos”, nos moldes do crocodilo que responde ao estímulo – odor e imediata mordida na fonte do estímulo. Mas, se os indivíduos não estão submetidos ao controle da Razão, assim não podendo responder por seus atos, então, por óbvio e por lei, outros devem responder em seu lugar. As pessoas a quem delegada a normalização das linguagens e dos

46 - [Nota à edição brasileira] CSM é a sigla de *Centro di Salute Mentale*, isto é, Centro de Saúde Mental. Os Centros de Saúde Mental correspondem aos CAPs da reforma psiquiátrica brasileira. Os CSM de Trieste correspondem mais especialmente aos CAPs III.

comportamentos perigosos estão, portanto, obrigadas a responder pelos comportamentos dos terceiros que não conseguiram prever e, assim, não conseguiram prevenir e impedir. O resgate da Psiquiatria Institucional está todo aqui. Um artigo do código penal, abolido pela Lei 180 de 1978, punia quem se fizesse responsável, direta ou indiretamente, pela evasão de quem estivesse internado no manicômio. O sistema psiquiátrico se fundava nessa concatenização de eventos. Quem quer que demonstrasse sintomas psiquiátricos deveria ser internado, por indicação obrigatória de qualquer médico que tivesse conhecimento dos ditos sintomas. Qualquer omissão nesse sentido automaticamente levava à declaração de responsabilidade do próprio médico. Em outras palavras, o psiquiatra era culpável pelos atos praticados por quem não sabia o que fazia.

As sentenças concernentes ao caso Maria Letizia Michelazzi põem fortemente em discussão esse posicionamento quase “arquetípico” das relações entre Psiquiatria e Justiça. Não é mais automático que, se alguém delinque e não é capaz de entender e querer, o médico que tivera mesmo que só um contato com ele responda pelo fato de não ter impedido o resultado. A ligação imediata entre a não-responsabilidade do terceiro que cometeu um crime em condições de total enfermidade mental, sendo assim absolvido, e a responsabilidade do médico que tratava tal pessoa, ou que estivera em contato com ela ainda que apenas em um encontro fugaz, por óbvio e por direito, rompe-se. A lei chancela que a doença mental não é mais aquele evento devastador a ocupar todo o espaço da pessoa e impedir seu portador de exercer o autocontrole a partir da prevalência da razão sobre os instintos. A doença mental, pelo menos aquela “maior”, não é, “por definição”, causa automática e imediata de incapacidade de manter a titularidade do próprio livre arbítrio. O nexos de causalidade entre a falta de responsabilidade por parte do doente e a responsabilidade imediata e evidente do médico já não existe. O que as sentenças absolutórias nos processos sobre o caso de Maria Letizia Michelazzi põem em discussão é, na realidade,

exatamente a existência de uma incapacidade total de entender e querer. O art. 88 CP, no fundo, vacila, ainda que obviamente não tenha sido abolido *tout court*, na medida em que isso pressuporia uma revisão bem mais profunda do Código Penal.

Todavia, pensando bem, todo o sistema da Justiça Penal, evidentemente baseado no princípio da responsabilidade, fundando-se no pressuposto de existência do Livre Arbítrio, baseia-se também e acima de tudo na existência da exceção a tal princípio. É a incapacidade de entender e querer, que, na realidade, confirma e reforça a regra – exatamente a regra da capacidade. Se eventualmente alguém – embora, a toda evidência, muito raramente – pode ser tido, somente mediante perícia psiquiátrica oficial, como totalmente doente mental, isso significa, então, que, em todos os outros casos, essa mesma capacidade de entender e querer evidentemente se mostra íntegra. A condenação e a punição resultam reforçadas e legitimadas. Sem dúvida, essa visão, exposta assim tão sucintamente, “no osso”, surge redutiva e maniqueísta, bastando pensar na infinita variedade das percepções, dos conhecimentos, dos sentimentos humanos e na “normal” ambivalência das vivências subjetivas das pessoas. As sentenças do caso Trani, na realidade, chancelam o fato de que essa visão físico-matemática newtoniana e simplista do livre arbítrio, ligada à concepção brutalmente organicista, biológica e “racionalista” da loucura, finalmente estaria superada. Mas, desse modo, haveria de ser confirmada a visão que pusera fim à própria existência dos manicômios, daqueles cárceres – não – cárceres que se disfarçavam em hospitais, mas que fundavam seu próprio princípio inspirador exatamente sobre uma concepção de doença mental reducionista e grosseira. A que postulava exatamente a existência de uma total incapacidade de decidir livremente e de responder, ainda que apenas potencialmente, pelos próprios atos. Com efeito, quem não praticara crimes, evidentemente, não poderia ser encaminhado a procedimentos de caráter judiciário. O problema, portanto, não se colocava “*ex post*”, mas sim “*ex ante*”. O tema era o da precogição

do gesto impensado que o sujeito poderia praticar, sendo o fim, portanto, o da previsão e, como ultima ratio, o da prevenção. Como “não impedir um resultado, que se tem o dever jurídico de impedir, equivale a causá-lo” (art. 40, § 2º CP), a responsabilidade do médico era concebida de maneira mecânica.

Na realidade, se é verdade que esse posicionamento parece seguramente legítimo em relação a quem possui sociedades ou empresas de tipo industrial ou artesanal, como depósitos de explosivos, refinarias de gasolina ou depósitos de gás, onde o elemento inflamável e explosivo não é dotado de capacidades subjetivas (Cassação Penal, seção IV, 9 outubro 2002, no 39680), é igualmente evidente que estender essa concepção aos seres humanos significa negar-lhes qualquer subjetividade e, portanto, infirmar, desde o início, qualquer possibilidade de intervenção terapêutica. Das sentenças do caso Trani⁴⁸ deriva como corolário imediato uma radical reviravolta da concepção até aqui descrita. Concepção no fundo diretamente derivada do pensamento de Lombroso, vale dizer de um posicionamento naturalístico e racista da diversidade humana, baseado em uma interpretação arbitrária do Darwinismo aplicado ao Homem. Tal doutrina, pré-nazista, trará como implicação lógica e imediata o projeto T4 de eliminação das “vidas não dignas de serem vividas” do III Reich⁴⁸.

Subsiste o fato de que quem cometeu um crime sem poder ser julgado responsável, porque declarado incapaz por perícia psiquiátrica perante a Justiça, em vez de condenação à detenção, ser submetido à

47 - Lorenzo Toresini, *La Testa Tagliata*, Edições Alfa Beta, Merano.

48 - [Nota à edição brasileira] Aktion T4 foi o nome dado, após a primeira guerra mundial, ao programa nazista de eutanásia que, sob responsabilidade médica, previa a eliminação de pessoas portadoras de doenças genéticas, incuráveis, ou de deformações físicas mais ou menos graves. Os médicos encarregados de levar adiante a operação decidiram matar 20% dos presentes nos institutos de tratamento, em um total de 70.000 pessoas. O extermínio de pessoas com deficiências prosseguiu mesmo após o encerramento oficial da operação, elevando o total de vítimas a um número estimado em cerca de 200.000.

“medida de segurança”, nos termos do art. 222 CP, o que representa uma condenação de fato ainda pior do que a primeira, permanecendo o HPJ fora dos controles e garantias da Constituição.

a) No cárcere, por exemplo, é vedada qualquer intervenção sobre o corpo do detento, sob pena de se cometer um crime. Em uma Casa de Custódia, não se pode, por exemplo, amarrar um detento. No HPJ, exatamente por se tratar de um “hospital”, isso acontece normalmente. Não está claro se isso é permitido, mas, de fato, no HPJ, acontece.

b) Em regime de detenção, sabe-se quando se entra e também quando se sai. No fundo, a condenação representa um pacto, que deve ser respeitado por ambas as partes: o condenado e o Estado. No HPJ, sabe-se quando se entra, mas não se sabe quando se sai. Depende do juízo de periculosidade. Mas, nós sabemos o quanto este último é “elástico”. No fim, depende apenas da existência ou não de um Serviço Territorial que dele se encarregue.

c) O preso pode se candidatar e ser eleito. Um sujeito submetido à medida de segurança em um HPJ, nos termos do art. 222 CP, não pode se candidatar e muito menos ser eleito.

O HPJ, afinal, é substancialmente uma medida absurda e incoerente, na medida em que não pune, mas tampouco trata.

VI. As questões

Ernesto Venturini

1. A perícia psiquiátrica

Diante de um crime cometido por uma pessoa suspeita de loucura, o magistrado determina a perícia psiquiátrica para apurar se esta pessoa, além de ter cometido o crime, compreendera o significado de seu gesto e quisera realizá-lo. O quesito pericial visa substancialmente saber se o ilícito foi ou não sintomático em relação ao distúrbio psiquiátrico, mas a perícia pode se constituir também em fonte de prova no processo, determinando efeitos penais.

O diagnóstico psiquiátrico se conecta ao raciocínio médico, enquanto o quesito pericial é inerente à lógica jurídica. A perícia, conseqüentemente, é um híbrido porque se constitui em dois cenários diversos, movendo-se entre duas óticas que buscam fins desiguais e utilizam diferentes métodos: o direito e a ciência médica. Enquanto o fim da medicina se volta para a saúde da pessoa, o da justiça se volta para a segurança e a defesa da ordem social existente. A diversidade de perspectivas torna-se especialmente evidente na relação entre os sujeitos envolvidos. No âmbito da relação terapêutica médico-paciente, o médico tenta buscar a confiança do paciente, impondo-se o caráter confidencial. Na perícia, ao contrário, o perito tem o juiz como referência; sua função avaliadora não necessariamente se propõe ao bem estar do réu-paciente. Como o perito psiquiatra não pode se eximir de seus deveres deontológicos, eventualmente poderá se achar diante de situações conflitantes. O perito se descobre espremido entre duas óticas, em uma situação dialeticamente delicada, em um equilíbrio ambíguo e incerto, onde, às vezes um ponto de vista parece prevalecer, outras vezes, o ponto de vista diverso. Na realidade, ao perito psiquiatra exige-se que se “dispa” de sua identidade de médico para aderir a um sistema de valores centrado em um juízo moral que prevê a possibilidade da privação

da liberdade. Por tais razões, o cenário da perícia psiquiátrica é, para o psiquiatra, cheio de expressões ambíguas e rituais. Exemplo claro disso são as incertezas e os equívocos quando o perito usa, no juízo psiquiátrico-forense, a expressão “enfermidade” mental, que não é relacionável a um verdadeiro conceito médico de doença ou distúrbio psíquico. Penso, todavia, que não se pode supor uma efetiva assepsia do perito, inexistindo uma neutralidade nesse âmbito. Penso, ao contrário, que o perito psiquiatra deva sempre declarar seu campo de escolha e estar consciente de que deve se motivar somente por valores éticos.

Uma segunda consideração diz respeito à anacrônica formulação dos quesitos periciais, que remonta aos anos 30, utilizando parâmetros científicos distanciados dos conhecimentos atuais, e, mais ainda, distanciados das mudanças do paradigma científico que foram se determinando com a reforma psiquiátrica e o fechamento dos hospitais psiquiátricos. O magistrado faz referência a dois parâmetros – capacidade de entender e querer; periculosidade social – que nos reportam ao positivismo do século XIX, tornando evidente a distância que se criou, de um ponto de vista histórico, entre a atual saúde mental comunitária e a psiquiatria forense. A afirmada capacidade de entender e querer de fato representa um conceito obsoleto, especialmente no que diz respeito à capacidade de querer. Trata-se de conceito sem possibilidade de verificação com os atuais conhecimentos neuropsicológicos. A expressão com que o Código indica os aspectos psíquicos ou psicopatológicos não tem, de fato, valor científico, representando tão somente um modo de falar convencional. A capacidade de entender, segundo o Código, significa estar consciente do valor e do significado das próprias ações e poder avaliar suas consequências; a capacidade de querer significa a capacidade de autodeterminação em relação às próprias pulsões, controlando-as. Mas, nem todas as doenças psíquicas comportam tal incapacidade, ou tampouco sua redução. Os quesitos expressados pela linguagem do direito penal não são, portanto, apenas reducionistas em relação às conquistas da moderna psiquiatria e psicologia, sendo

também desviantes e inadequados. Com efeito, são deixadas à discrição dos magistrados – e, em alguns casos, rigidamente tidas como inadmissíveis nas investigações – tanto a complexidade das dinâmicas psicológicas, como a avaliação global da personalidade do sujeito, tão preciosas para se entender o comportamento da pessoa. A estereotipada formulação tradicional dos quesitos psiquiátricos deveria ser modificada, toda enunciação devendo ter em conta tanto o contexto de vida como a história social da pessoa, de modo a compreender como tudo isso influenciou em seu comportamento. Finalmente, a problemática da reiteração do crime deveria estar sempre focada muito mais no presente do que no passado.

Muitas vezes, as perícias psiquiátricas apresentam uma fisionomia técnico-científica anacrônica: a linguagem é estereotipada; o desenvolvimento e o tipo de indagações são comprimidos em uma visão da psicopatologia predominantemente biológica e tradicional; a argumentação se concentra em um raciocínio centrado no “juízo consumado”. Para compensar o esquema convencional e previsível, concedem-se longas citações, reveladoras da situação crítica de uma ciência que, como a psiquiátrico-forense, raramente consegue se ancorar em sólidas certezas científicas. Na realidade, dever-se-ia admitir que o problema da indeterminação atinge toda a psiquiatria. Com efeito, bastaria considerar que a hipótese multifatorial da doença mental, adotada em nossos dias, demonstra exatamente a subsistência de uma não resolvida crise epistemológica da disciplina e a tentativa de chegar a um compromisso, diante de sua incapacidade de se reconhecer em um paradigma definível cientificamente⁵⁰. Frequentemente vemos pareceres dos diversos peritos – os do MP, do GIP ou da defesa – a expressar conclusões diametralmente opostas, suscitando uma compreensível desorientação. Pode, de fato, acontecer a transferência do confronto processual entre acusação e defesa para o nível das teorias psiquiátricas. A “récita”

50 - Veja-se Di Paola F., *L'istituzione del male mentale, Critica ai fondamenti scientifici della psichiatria biologica*, Le Esche, Manifesto libri, Roma, 2000.

que os peritos vez por outra desenvolvem, ora em um bloco, ora em outro, leva o conflito a se configurar como uma espécie de luta entre paradigmas e sistemas científicos diversos, uma luta que, no entanto, tem o sabor de um jogo de partes. Mas, a situação também se ressentida da falta de homogeneidade dos papéis profissionais dos peritos, que pertencem a ramos afins, mas não similares – a psiquiatria, a psicologia, a criminologia, a medicina legal. O juízo psiquiátrico-forense resulta vez por outra condicionado pelos diferentes posicionamentos disciplinares dos peritos que examinam o evento a partir de óticas diversas. A riqueza dos diferentes enfoques pode se constituir em uma vantagem para se chegar a uma avaliação equilibrada, mas também pode se constituir em um sério problema, quando se confrontam análises e perspectivas situadas em níveis e linguagens demasiadamente diversos.

É preciso ter em conta ainda outro fator desestabilizador: como toda situação complexa, a cena da perícia se ressentida dos efeitos de envolvimento emocionais e relacionais dos indivíduos, malgrado a tentativa de fazê-la parecer imparcial e asséptica. Alguns autores⁵¹ descrevem as reações emocionais dos peritos no curso da perícia psiquiátrica, relacionando-as a algumas variáveis: **“o tipo de relação do perito com os representantes da justiça, os advogados, os outros peritos e os meios de comunicação; a formação profissional do perito e sua influência na metodologia pericial; os preconceitos em tema de comportamento violento e doença mental; as características pessoais e a tipologia psiquiátrica do perito; as reações de contratransferência e os mecanismos psicológicos de defesa em relação ao periciando.”** Particularmente complexa é a relação entre perito e magistrado, que **“se experiente e atento, pode ter feito o ‘diagnóstico’ dos peritos”** e tê-los escolhido por sua sintonia com o objetivo que, ainda que inconscientemente, gostaria de ver demonstrado. O mesmo juiz **“através de mensagens subliminares e não totalmente conscientes, pode sugerir quais são suas próprias convicções em relação ao caso**

51 - Nivoli G., Le reazioni emotive del perito nel corso della perizia psichiatrica. *Nóoç* 3:2001; 181-194

em exame e o perito, de sua parte, pode aderir, de maneira nem sempre consciente, a tais convicções.” Esse comportamento pode se verificar quando o perito, na fase instrutória, mais do que ser aquele que traz para o caso clínico e forense ulteriores conhecimentos especializados, torna-se, de modo deontologicamente incorreto, “braço armado da acusação”. Por outro lado, o juiz, embora reivindicando justamente seu papel de *peritus peritorum*, jamais deveria se sobrepor ao perito ou se intrometer na matéria pericial: sem dúvida, é seu direito não levar em consideração um parecer técnico, mas jamais deveria intervir ali com suas argumentações. No entanto, vemos sentenças em que o juiz, apelando para seu “bom senso”, claramente interfere no quanto expressado pelos psiquiatras. Analogamente, há perícias psiquiátricas que extravasam seu âmbito técnico para usar argumentações jurídicas.

Em nossos dias, alguns processos têm assumido um peso midiático relevante, devido a um papel doentio desenvolvido pelos *mass media*. Na maior parte dessas situações, talvez por certo protagonismo dos peritos, têm-se verificado inversões de análises periciais, contra-acusações, fofocas, acabando por resultar em uma confusão generalizada e um sentimento de desconfiança sobre a possibilidade de se chegar à verdade. Mesmo não considerando essas situações extremas, de todo modo se tem a impressão de que a leitura dos fatos feita pelos peritos psiquiatras não está ancorada em sólidas certezas, parecendo, ao contrário, um tanto opinativa. Cada nova interpretação acaba por introduzir novas verdades, que se sobrepõem e conflitam entre si. O apelo a tantas verdades acaba por produzir tantas meias-verdades. Às vezes, são os próprios quesitos postos pelo juiz que, em sua formulação, reduzem as possibilidades de compreensão e aprofundamento dos fatos, limitando as possibilidades de análise. Outras vezes é a própria negação da imputabilidade do louco, autor de crime, que acaba por reduzir e viciar a busca da verdade. Eventualmente, seria mesmo de se pensar que a verdadeira finalidade do processo e a utilização da perícia não estariam voltadas

para a busca da verdade dos fatos, mas, muito mais, para a busca do culpado. Com efeito, não devemos esquecer que o processo se põe em movimento não somente por razões de justiça, mas também pela necessidade de dar uma resposta às legítimas pretensões das vítimas e de seus familiares: a individualização do culpado permite resolver os nós econômicos do ressarcimento, no mais das vezes conexos a condições securitárias. Em essência, mais uma vez, podemos medir a distância que transcorre entre a medicina e o direito: o perito ajuda o juiz a buscar o culpado; o médico, ao contrário, ajuda os colegas a buscar o erro, para poder corrigi-lo.

Cabe perguntar qual a origem de todas essas incertezas, esses equívocos, essas ambiguidades de fundo; por que é tão difícil operar modernizações no campo da psiquiatria forense e, sobretudo, por que dificilmente são recepcionados nesse âmbito os conteúdos da reforma psiquiátrica de 1978.

Para responder a essa pergunta vale a pena recorrer, mais uma vez, às reflexões de Michel Foucault que, em algumas de suas lições no *Collège de France*, em 1975, trata difusamente do tema da perícia médico-legal. Foucault ressalta o quanto a perícia psiquiátrica representa uma espécie de paradoxo: nascida para demarcar uma clara linha divisória entre a responsabilidade jurídica do sujeito “normal” e a irresponsabilidade do sujeito “anormal”, de fato se constituiu em ponte de ligação entre dois mundos estruturalmente diversos: o médico e o judiciário. Foucault chama esse processo de “domínio da perversidade”: à perversão do criminoso os psiquiatras forenses ligam a perversão do louco, fazendo-o através do uso de uma linguagem pueril. O louco criminoso é frequentemente descrito como “imaturo”, “com um ego fraco”, “com um ausente desenvolvimento do super-ego”. As razões desse dialeto são múltiplas. Antes de tudo porque através de uma linguagem débil, do ponto de vista da estrutura lógica, é possível “permutar” mais facilmente noções entre categorias tão profundamente antitéticas, como a judiciária e a médica, sem que uma prevaleça sobre a outra. Em segundo lugar,

a linguagem da perícia é infantil também por causa de sua intenção moralizadora: com efeito, evoca o discurso do perigo, do medo e da necessidade de proteção, habitualmente usado pelos pais quando se dirigem aos filhos. O discurso psiquiátrico forense, em sua essência, efetivamente se conforma à reação da sociedade diante do indivíduo perigoso, ainda que o faça fornecendo o tranquilizador panorama de uma rede defensiva e contínua de instituições médico-judiciárias, que vão do tratamento à repressão e punição. Mas, é exatamente essa adesão à noção de perigo que nos ajuda a esclarecer o papel insidioso desenvolvido pela perícia médico-legal. Pondo em prática uma espécie de ridicularização do saber médico e psiquiátrico e contemporaneamente assumindo função crucial na junção entre o judiciário e o médico, a perícia demonstra o surgimento e o funcionamento de um novo e diverso poder. Foucault⁵² observa que **“... a perícia médico-legal não deriva nem do direito, nem da medicina...provém de outro lugar. Tem outros termos de referência, outras normas, outras regras de formação. No fundo, na perícia, a justiça e a psiquiatria são adulteradas uma na outra...A perícia não se dirige a delinquentes ou inocentes, a doentes em oposição a não-doentes: dirige-se a algo que denominarei a categoria dos ‘anormais’. Em outras palavras, a perícia médico-legal se desenrola realmente em um campo não de oposição do normal ao patológico, mas de gradação do normal ao anormal...”**

Foucault chama isso “o poder da normalização”; um poder que além de produzir uma prescrição corretiva produz também uma prescrição de designação, um verdadeiro projeto normativo. A perícia psiquiátrica, em razão do laço que garante entre o mundo judiciário e o médico, altera tanto o poder judiciário quanto o saber psiquiátrico, instituindo-se como instância indispensável de controle do “anormal psiquiátrico”. Passando de um discurso de responsabilidade ao de

52 - Foucault M., *Gli anormali. Corso al Collège de France.1974-1975*. Feltrinelli, Milano, 2000.

periculosidade social, coloca no lugar de um indivíduo juridicamente responsável um sujeito-objeto, o anormal psiquiátrico, a ser referido a técnicas de normalização. É uma passagem crucial que legitima a existência de um aparato totalizante de repressão, encarnado na monstruosidade do manicômio judiciário.

Diante da problemática e da complexidade do crime de um louco, o perito, como pessoa qualificada no interior de instituições científicas, deveria permitir a tomada de decisões judiciais claras e iniludíveis. Com efeito, são exatamente a credibilidade do experto e a enunciação de discursos com o *status* de verdade científica os pilares sobre os quais o juiz procura fundar as argumentações de sua decisão. O paradoxo, porém, consiste no fato de que os enunciados do experto, na maioria das vezes, são desligados tanto dos métodos de um discurso científico, quanto das normas do direito. A razão desse paradoxo reside no objetivo da perícia, oculto, não declarado: não o de tratar, nem o de punir, mas sim o de convalidar, sob a forma de conhecimento científico, a possibilidade de estender o poder sancionatório a realidades diversas das infrações jurídicas. Isso acontece devido ao deslocamento do ponto de aplicação da sanção: da violação, como é definida por lei, à criminalidade, como examinada pela ótica psicológica. Esse processo se põe em prática através do que Franco e Franca Basaglia tornaram evidente em "*La malattia e il suo doppio*"⁵³: a racionalização de um problema, que representa uma ameaça, através de sua delimitação nos confins de uma ideologia que o mantém sob controle. É exatamente uma espécie de desdobramento o que se põe em prática com a perícia psiquiátrica; um desdobramento que opera em três diferentes níveis. Em primeiro lugar, a perícia subtrai legalidade ao crime como formulado no Código, mostrando, por trás dele, seu duplo: uma série de condutas incorretas e inconvenientes em relação

53 - Basaglia F., Basaglia Ongaro F., *La malattia e il suo doppio*, in *La rivista di servizio sociale*, 4, 1970.

aos parâmetros e às regras psicológicas e morais, um verdadeiro espaço existencial onde o crime tem origem. Em segundo lugar, o responsável pelo crime é desdobrado na figura do delinquente: de sujeito jurídico é reduzido a objeto de um saber de emenda e controle, no limite de um tratamento de reparação e readaptação. Mostra – como diz Foucault – como “o indivíduo se assemelha ao próprio crime, antes mesmo de tê-lo cometido”; mostra como “o sujeito está presente sob a forma de desejo do crime” em pequenos particulares, detalhes, irrelevantes atipicidades colocadas em evidência na anamnese. Trata-se de indícios invisíveis aos olhos comuns, mas não aos olhos atentos do experto, que, através dessa sua visão, delinea a fisionomia lombrosiana do delinquente, irremediavelmente aprisionado em seu trágico destino. Diz agudamente Foucault: **“O simples uso repetitivo do advérbio ‘já’ é, em si mesmo, uma maneira de sobrepor, de modo simplesmente analógico, a série de ilegalidades infraliminares e incorreções não ilegais, acumulando-as, para fazê-las se assemelhar ao próprio crime.”** Finalmente, o terceiro duplo é, na realidade, o desdobramento e a inversão de papéis entre o psiquiatra e o juiz. O primeiro, mediante a “certeza” do diagnóstico, extraído das infrações e dos comportamentos pregressos, modifica o *status* de acusado do sujeito em *status* de condenado, de fato emitindo o veredito. O juiz, de outro lado, com sua decisão, não mais infligirá uma pena, prescrevendo sim uma forma de tratamento, uma readaptação, quase que assumindo o encargo de sua cura.

Essas considerações tornam evidente o papel crucial desenvolvido pela psiquiatria forense no processo de normalização dos loucos – ou dos “anormais”, como diria Foucault – responsáveis por crimes, evidenciando ainda como esse *status* original da perícia psiquiatria continua a conflitar com as instâncias de tratamento e de direito. Em seu ensaio sobre John Conolly, o psiquiatra inglês que, na segunda metade do século XIX, quando ainda não existiam os psicofármacos, teorizava e sobretudo praticava um tratamento terapêutico

absolutamente privado de qualquer meio de contenção, Agostino Pirella⁵⁴ pondera que: **“a psiquiatria sempre teve uma liberdade ideológica desenfreada, no interior de equilíbrios institucionais e acadêmicos, mas com uma precisa e vinculante função de sequestro. E que se trate disto demonstra-o a função da perícia psiquiátrica diante de crimes que perturbam, que desconcertam, que aparentemente saem da lógica da sociedade burguesa (certamente, se alguém mata por dinheiro é ‘compreensível’; se o marido mata a mulher por ciúme, também; mas, se mata porque está sendo ‘perseguido’, não mais se compreende). É por essa razão que se torna necessária a entrada em cena de um experto: o perito deve traduzir a culpa em doença e isolá-la em uma zona controlável.”**

Quando teremos, então, as razões dos loucos? Quando teremos a atenção a seu saber experiente? Quando teremos uma leitura das histórias capaz de tornar claras as razões da loucura, as responsabilidades difusas do corpo social? Quando loucos e são assumirão suas responsabilidades?

54 - Pirella A., in Introduzione a Conolly J., Trattamento del malato di mente, Einaudi, Torino, 1976

2. A violência em psiquiatria e a noção de periculosidade social

O concurso culposo em homicídio doloso implicitamente se funda na periculosidade do paciente psiquiátrico. Esse juízo se sustenta nas argumentações “científicas” dos peritos. Na realidade, os peritos não entram facilmente no mérito de problemáticas genéricas concernentes à periculosidade dos pacientes psiquiátricos, limitando-se a afirmar que determinadas patologias apresentam um risco alto de periculosidade. No caso específico de M.G. há referência ao diagnóstico de “esquizofrenia paranoide crônica”, como o tipo de diagnóstico que, conforme sufragado por determinada literatura científica, apresentaria tal risco. A agressividade, nesse caso, seria elemento fundante da doença. Nesse caso, o comportamento perigoso somente poderia ser contido com remédios, jamais podendo ser totalmente eliminado. Na verdade, a presunção de periculosidade de M.G. é deduzida, nas perícias, também de sua história clínica e suas internações. Todavia, a análise é invertida, ideologicamente invertida: o comportamento de M.G., em determinados momentos de sua vida – sua “carreira moral”⁵⁵ – não confirma exatamente uma história de violência (praticada, mas, antes de tudo, sofrida!), tanto quanto a demonstração da violência da doença que o possui: a esquizofrenia. Os dados psicopatológicos assumem uma pregnância relevante a tal ponto que fazem considerar o doente como um sujeito extremamente perigoso, independentemente do que fez ou eventualmente poderá fazer: ele é julgado perigoso, enquanto doente. Em sua perícia, o consultor técnico do juízo, A.R., introduz a consideração de que o longo período de bem-estar de M.G. não seria sequer atribuível ao efeito do remédio (embora o remédio pudesse tê-lo favorecido), constituindo tal período, na realidade, apenas uma fase fisiológica

55 - [Nota à edição brasileira] Sobre o conceito de “carreira moral” do doente mental, veja-se a análise de Erving Goffman in *Asylums*, Anchor Books, New York, 1961.

de “falsa remissão” da sintomatologia. Por isso, é dever do experto desmascarar a perversa astúcia de uma doença que engana os colegas mais ingênuos e que, mais cedo ou mais tarde, torna-se fonte de graves incidentes. Há no pensamento do perito, que, na verdade, espelha o de boa parte de todos nós psiquiatras, uma espécie de determinismo: esse tipo de doença é substancialmente irrecuperável; somente se pode tentar reduzir seus danos, conter “o mal” em uma “camisa de força farmacológica”, sendo necessário ter sempre alta a guarda contra a esperteza maligna da doença. Sob esse ponto de vista, o evento pode constituir um acontecimento exemplar, merecendo ser enfatizado porque assume o valor de uma útil lição.

O tema da periculosidade social merece uma breve reflexão, não somente em relação a seus aspectos práticos, mas também à sua própria formulação teórica.

Com efeito, a periculosidade social não corresponde a nenhum dos critérios que constroem o diagnóstico psiquiátrico sobre os quais se funda o método científico. Não se reveste de qualquer valor terapêutico, cumprindo, ao contrário, função de pura defesa social. Não tem a ver com o paciente, com sua proteção: tem sim a ver com a coletividade e com a maneira pela qual esta percebe o tema de sua segurança.

O juízo de periculosidade se funda muito mais em um critério de probabilidade, do que no de possibilidade: expressa, do ponto de vista estatístico, uma perspectiva de recaída no evento negativo superior a 50%. Esse critério, que talvez seja válido em alguns âmbitos médicos, resulta totalmente aleatório, para não dizer arbitrário, no campo psíquico, exatamente pela complexidade das ciências humanas e porque o comportamento humano nesse setor não pode ser facilmente reduzido a algoritmos estatísticos. Além disso, tudo o que os poucos dados científicos nos permitem afirmar indica que a previsão de atos violentos está, de todo modo, limitada a um período de tempo extremamente limitado. Esse dado torna totalmente sem valor o que o juiz pede na formulação de seu quesito, pois as medidas que devem ser

postas em prática serão válidas somente em um lapso de tempo muito amplo. Em essência, a previsão de atos violentos, do ponto de vista da psicopatologia, é duvidosa, talvez limitada a poucas situações que, de todo modo, mereceriam uma forte revisão crítica.

Da leitura das perícias frequentemente se deduz que a previsão se funda na gravidade da doença, na sua evolução, na personalidade do culpado, na natureza do crime. Em todos os critérios de insuficiente validade científica, no que se refere à formulação de uma previsão de periculosidade. Frequentemente, os peritos fazem referência aos antecedentes penais do acusado, usando valorações e advertências que não se distanciam do senso comum e parecem não justificar substancialmente o requerimento de um “parecer científico”. Acontece então, talvez exatamente para compensar a obviedade das afirmações, que muitos peritos incluem nos extensos relatórios periciais amplas citações extraídas dos manuais psiquiátricos, quase como se a quantidade pudesse se tornar substância.

Mais do que o diagnóstico psiquiátrico se demonstraram previsíveis de violência fatores ligados à concretude das situações nas quais esta prende corpo, sobretudo aqueles ligados à história pregressa da pessoa. As mais diversas análises⁵⁶ demonstram que as doenças mentais graves, por si sós, não permitem prever violência futura. Esta é, ao contrário, associada a outros fatores: históricos (violências sofridas no passado, encarceramento juvenil, abusos físicos, lembranças de prisões familiares), clínicos (abusos de substâncias, ameaças percebidas), características pessoais (idade, sexo, renda) e aos fatores contextuais (divórcio recente, desemprego, vitimização). O fato de a maior parte desses fatores se fazer presente em sujeitos portadores de doenças mentais graves, mais frequentemente do que em outros sujeitos, não invalida o dado; ao contrário, contribui para esclarecê-lo.

56 - Elbogen E. B., Johnson S. C., *The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder*, in Arch Gen Psychiatry, vol 66, nº2, fev, 2009.

Em essência, é totalmente contestável que a periculosidade seja efeito natural de uma patologia e que somente o psiquiatra possa reconhecê-la. A periculosidade social é um acontecimento complexo, contextual e historicamente determinado. Segundo G. B. Traverso⁵⁷, **“do ponto de vista conceitual, a noção de periculosidade, inclusive pela relatividade de sua definição, não tem qualquer caráter de cientificidade, o que enfatiza a problemática da avaliação”**. Para C. Debuyst⁵⁸, **“reconduzir o problema da periculosidade, pondo ao centro das preocupações a personalidade e seus traços, considerados como características estáveis e imutáveis do indivíduo, constitui operação reducionista. Essa redução opera ofuscando as problemáticas sociais gerais e, além disso, ao nível das relações interpessoais, impede que se compreenda o sentido que um comportamento possa ter, interpretando-se tal comportamento unicamente como expressão de uma carência ou uma não-conformidade”**. Mas, o que torna claro o papel normatizador do psiquiatra no sistema judiciário é o paradoxo segundo o qual o perito não pode proceder à verificação da periculosidade social, sem que antes tenha afirmado a inimputabilidade da pessoa. Esse mecanismo torna evidente o intuito de afirmar, contra todas as evidências da ciência e da experiência, contra o próprio espírito da lei de reforma, que a loucura seria irresponsabilidade e periculosidade. Por outro lado, é exatamente desses dois juízos – a inimputabilidade e a periculosidade social –, ambos ambíguos e carentes de demonstração científica, que deriva a medida de segurança do Hospital Psiquiátrico Judiciário; deriva o destino de uma pessoa que, na maior parte dos casos, se verá irremediavelmente sem esperança e sem reabilitação.

57 - Traverso G. B., Verde A., *Pericolosità e trattamento in criminologia*. Note in margine alle VIII Giornate Internazionali di Criminologia Clinica Comparata (Genova, 25-27 maio 1981).

58 - Debuyst C., *La notion de dangerousité, maladie infantile de la criminologie*, in *Criminologie*, 17, 7, 1984.

3. O nó górdio⁵⁹ do hospital psiquiátrico judiciário

A promulgação da Lei 180 (confluída na 833/79) tornou inevitável, quase implícita, a superação do HPJ: com a mudança total no modo de entender a doença mental, devem ser relidos os conceitos de imputabilidade (a incapacidade de entender e querer) e o conceito de periculosidade social por doença mental. Com efeito, pouco depois da promulgação da lei, foram postas em prática ações visando afirmar “automaticamente” a superação do HPJ. Em 1979, foi arguida uma exceção de constitucionalidade do HPJ: a Lei 180, abolindo a lei de 1904, conduzia a uma situação precedente ao código penal Rocco, que, em 1930, introduzira as medidas de segurança. Sem a lei de 1904, a instituição a que tais medidas se referiam deveria decair. Mas, essa ação não teve êxito, seja por uma espécie de arrependimento do legislador em relação à reforma psiquiátrica, cuja radicalidade talvez não tivesse sido suficientemente ponderada, seja por razões contingentes, já que envolvidos nos HPJ aparatos (o judiciário e o penal) ligados a um ministério – o da Justiça – diverso do da Saúde, que levava a cabo a reforma.

Logo se viu que um dos nós a ser desatados era exatamente a necessidade de superar a declaração de total incapacidade de entender e querer para quem cometera um crime: com efeito, tal declaração constituía a premissa para a absolvição, mas também para a conseqüente medida de segurança e o sucessivo envio ao HPJ. Na vertente da abolição da inimputabilidade, pôs-se em movimento

59 - [Nota à edição brasileira] A expressão “nó górdio” tem origem em antiga lenda grega sobre Gordio, rei da Frígia. Seu filho dedicara a carroça do pai às divindades frígias, atando-a a uma estaca com um intrincado nó de casca de corniso. Um oráculo previra que quem conseguisse desatar o nó teria poder sobre toda a Ásia. Em 333 A.C., chegando à cidade de Telmisso, Alexandre Magno tentou desatar o nó. Não conseguindo fazê-lo, cortou-o pela metade com um golpe de sua espada, assim acabando por atingir seu objetivo. Com o tempo, a expressão assumiu valor metafórico, passando a indicar um problema de intrincada solução, suscetível de ser resolvido somente com um corte brutal, mas decisivo.

o projeto de lei do senador Vinci Grossi, substancialmente retomado pelo deputado Corleone. Em direção diversa, se pôs em ação o grupo de estudos relacionado à Fundação Michelucci e às regiões da Toscana e da Emilia Romagna. O projeto previa algumas inovações: uma redefinição mais rigorosa da inimputabilidade; a aplicação da medida de segurança em dois momentos (por parte do juiz que proferisse a sentença absolutória e, sucessivamente, por parte do juiz da execução penal que controlasse a internação); duas medidas de segurança (uma fechada e uma aberta); a superação do critério de duração mínima da medida de segurança.

As resistências da magistratura e dos aparatos médico-forenses, inicialmente, se mostraram obstinadas e fechadas a qualquer espécie de mudança. Somente em situações especiais (como na experiência de desinstitucionalização de Trieste), permitiu-se a instauração de uma prática inovadora – a formulação constante por parte dos peritos de Trieste da “parcial” incapacidade de entender e querer do paciente – que se demonstrou “instrumentalmente” útil para evitar o envio para o HPJ, mas, sobretudo, se revelou a resposta mais idônea às necessidades do paciente e às exigências de justiça. A credibilidade dessa posição foi confirmada pela intervenção instaurada pelos triestinos no interior do cárcere e nos serviços territoriais: sua capacidade de assumir o tratamento (entendido como tomar a cargo de forma abrangente) do paciente grave e problemático e a solução, conseqüente com tal idéia de tratamento, das “exigências” de custódia por periculosidade social.

Simultaneamente, a resistência da lei de reforma psiquiátrica desembocava em importantes resultados. Logo depois da 180, difundiu-se o temor de que o fechamento dos hospitais psiquiátricos instauraria uma situação de perigo social, com aumento dos suicídios e dos atos de violência por parte dos pacientes psiquiátricos e com um aumento exponencial de internações nos HPJs. A realidade demonstrou exatamente o contrário: o número de internações nos HPJs não aumentou, devido a uma forte redução nos envios,

mantendo-se constante somente pela admissão de detentos, em medida de segurança provisória, ou por enfermidade superveniente, demonstrando assim a crise de uma outra instituição – o cárcere, superpovoado por um número de detentos superior à sua capacidade e aos recursos disponíveis, sem um projeto claro, e, sobretudo, incapaz de denunciar a crescente criminalização das necessidades sociais.

Provavelmente como reconhecimento dos resultados positivos da reforma psiquiátrica, a sentença da Corte Constitucional no 253/2003 rompeu com o automatismo entre HPJ e medida de segurança, permitindo seu cumprimento em lugares alternativos e conforme programas a serem definidos caso a caso. Essa sentença se colocou em linha com as medidas alternativas à detenção já instauradas para pacientes tóxico-dependentes e para os presos (lei Gozzini). Mas, foi introduzida também outra importante disposição, permitindo ao Juiz da Execução Penal a possibilidade de reformular (inclusive por mudanças supervenientes) as anteriores medidas de segurança. Em essência, deve-se aplicar a medida de segurança não de modo automático, mas apenas quando se visualiza a presença de uma periculosidade social (art.231 da Lei de 10/10/1986, posterior à ab-rogação do art.204 CP). Além disso, o Juiz da Execução Penal deve verificar se a periculosidade social da pessoa perdura no momento em que a medida é executada (art.679 do novo CPP de 1988-89). Finalmente, foi modificada a duração mínima da permanência em HPJ, o que permitiu a superação da rigidez e das inércias institucionais anteriores.

Assim, mesmo sem uma redefinição orgânica da moldura normativa, pôs-se em movimento um processo de reforma que atingiu os canais de ingresso e os mecanismos de saída dos HPJs. Com efeito, tais sentenças desferiram um forte golpe na existência da instituição HPJ. Forte, mas não decisivo: antes de tudo, porque a possibilidade de aplicação das medidas alternativas e a redução dos tempos de internação em HPJ permaneceram discricionárias

para os magistrados; em segundo lugar, especialmente porque ficaram dependentes da vontade/capacidade dos prestadores de serviços psiquiátricos de assumir o tratamento dos pacientes responsáveis por crimes. Duas são as dificuldades que se opõem a essas possibilidades: a primeira, de ordem prática institucional, refere-se aos recursos a serem postos em campo e aos consequentes procedimentos (relacionando-se a dois ministérios diferentes, é lógico esperar dificuldades e retardamentos na definição de competências e recursos); a segunda, mais ideológica refere-se às dificuldades de muitos DSMs de aceitar a exigência de tomar a seu cargo os pacientes a serem “custodiados”. Com efeito, desenvolveu-se uma espécie de equívoco sobre o mandato da psiquiatria no pós-reforma. Para os serviços fundados na desinstitucionalização, os serviços “fortes”, abertos 24 horas, o encarregar-se do paciente se relaciona com a capacidade de tratamento terapêutico, mas também com a exigência de responder às mais complexas problemáticas sociais inextricavelmente ligadas ao desconforto psiquiátrico. Pois bem, para os que têm essa experiência não há dificuldade em se disponibilizar para assumir essa nova função de “tomar a cargo”. No entanto, aqueles cuja experiência se dá nos serviços “fracos” – que vivem a reforma como uma liberação das responsabilidades ligadas à custódia do paciente e concebem sua intervenção apenas no interior de um tratamento quase privado entre paciente e terapeuta – mostram-se avessos a modificar sua própria organização e a aceitar a tarefa de ter a seu encargo o paciente responsável por crime. É paradigmática a “surpresa” com que alguns operadores “descobrem”, depois da sentença da Cassação de 11 de março de 2008, estar investidos da posição de “garantia” em relação ao paciente. Pois bem, o problema consiste na capacidade de trocar a garantia da custódia pela garantia do tratamento, dissolvendo, na prática, os nós não resolvidos das contradições sociais que assumem o perfil da periculosidade social e da exigência de custódia!

Uma ajuda consistente à solução desse impasse foi ofertada, do

ponto de vista organizacional, pelo DLG 230/99. Transferindo as funções sanitárias dos IPPs para o SSN⁶⁰, põem-se as premissas para o enfrentamento, de maneira digna, do grave problema da saúde no cárcere, automaticamente se pondo as condições para resolver o equívoco subtendido nas funções do HPJ, ambigualmente fundado em uma inimizabilidade por doença, mas de fato estruturado apenas sobre exigências de custódia. Outrossim, o decreto estabelece vínculos para que os serviços psiquiátricos territoriais se encarreguem dos pacientes dos HPJs. Todavia, a passagem da medicina penitenciária para a do SSN foi muito difícil. Somente com a lei orçamentária de 2008 (Lei 244/07, art.2º, parágrafos 238-239) e, graças à tenacidade de alguns sujeitos e organizações, foi possível colocar em prática esse processo. O DPCM⁶¹ de 1/4/2008 abriu importantes espaços operacionais a tratamentos terapêutico-reabilitadores para sujeitos com distúrbios mentais, sobretudo em seu apelo ao valor da territorialidade. A territorialidade, em psiquiatria, de fato comporta uma dimensão de continuidade terapêutica, a possibilidade de intervir nas causas do mal-estar social, ativando recursos da comunidade. O conceito de territorialidade, de um ponto de vista estratégico, oferece ainda sustentação à hipótese de envolvimento direto das Regiões na solução dos HPJs.

Em essência, após ter vivido durante anos sob condições de incerteza e frustração, em que as inúmeras tentativas de abolir os HPJs eram consideradas veleidades e rejeitadas pelo legislador, hoje assistimos à presença das premissas necessárias a uma progressiva e efetiva superação de tais instituições. Diante da impossibilidade de seguir a via direta da abolição da inimizabilidade, houve uma sinergia de intervenções envolvendo operadores da saúde mental e da justiça e políticos, voltadas para a realização de um projeto

60 - [Nota à edição brasileira] A sigla IPP se refere aos Institutos Penitenciários. SSN é a sigla de Servizio Sanitario Nazionale, isto é, Serviço Sanitário Nacional.

61 - [Nota à edição brasileira] D.P.C.M. significa Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, isto é, decreto emanado do Presidente do Conselho de Ministros.

que, passo a passo (*step by step*), acabe por tornar “inútil” o HPJ. Procura-se fazê-lo, seja criando condições alternativas ao envio, seja criando condições que progressivamente esvaziem os hospitais. Assim, foi criado um programa especial de superação dos HPJs e instituído um Comitê paritário de monitoramento de sua realização. O Comitê paritário se vale de um Programa Nacional para intervenções psiquiátricas nos cárceres e HPJs, segundo as linhas traçadas pelo DPCM de 1/4/2008. No programa estão explicitados os pontos e ações, inclusive com a definição de um detalhado cronograma. Essa estratégia, porém, é débil no panorama político atual: com efeito, pressupõe um complicado trabalho em grupo; necessita da atuação de muitos sujeitos operando de forma sincronizada; prevê uma vontade político-técnica muito determinada. O panorama político geral, seja pela orientação dos partidos, seja pela crise econômico-social, não nos faz ter muitas esperanças. Com efeito, se dirigirmos nossas considerações para níveis regionais, será razoável supor que resultados poderão ser obtidos apenas em algumas regiões (Toscana e Emilia Romagna, promotoras do projeto e suficientemente motivadas e determinadas), parecendo menos provável um envolvimento ativo e eficaz das outras regiões (seja no que se refere à disponibilidade para acolher os liberados dos HPJs, seja no que se refere à ativação de novas estruturas alternativas), surgindo como especialmente problemática a intervenção das Regiões Sicília e Campania para superação dos três HPJs meridionais⁶².

62 - [Nota à edição brasileira] Em dezembro de 2011, o senador Ignazio Marino apresentou o projeto de lei no 3036 do Senado, *Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*. [*Disposições para a superação definitiva dos hospitais psiquiátricos judiciários*], para dar concreta e rápida execução ao fechamento dos HPJs e para que não se perdessem os trabalhos da Comissão de inquérito sobre a eficácia e eficiência do Serviço Sanitário Nacional, que, em julho do mesmo ano, lançara o “Relatório sobre as condições de vida e tratamento no interior dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários”. A Comissão produziu, dentre outras coisas, um vídeo sobre as condições degradantes nos HPJs, que recebeu grande destaque na mídia.

Mas, há um aspecto de fundo sobre o qual é preciso refletir. Esse projeto revela o saudável realismo de quem se mede com as contradições da prática e se afasta de qualquer instância radical, fazendo-o também porque, depois de várias tentativas, esse parece ser o único caminho historicamente possível. Todavia, o aspecto minimalista do projeto corre o risco de não “aquecer os corações”. É como se uma batalha crucial para o reconhecimento do direito de alguns – dizendo respeito, portanto, ao direito de todos – se reduzisse a uma operação de simples engenharia institucional. Certamente, uma idônea alocação de recursos e um gradual desenvolvimento organizacional poderão afastar alguns obstáculos para que os serviços psiquiátricos tomem a seu cargo os pacientes, mas conseguirão mudar a cabeça daqueles psiquiatras que se sentem constrangidos a “cuidar também” do problema dos HPJs, além daqueles dos tóxico-dependentes, dos velhos, dos imigrantes, dos doentes crônicos? Exige-se uma adesão profunda ao projeto; é necessária uma

O projeto de lei 3036 prevê que, até 1º de fevereiro de 2012, conclua-se a superação dos HPJs, em todas as regiões, mediante acordo entre a Região e a Administração Penitenciária, instalando-se estruturas residenciais psiquiátricas, dotadas de “guarnições de segurança e vigilância, localizadas ao longo do perímetro das estruturas sanitárias substitutivas”, “ou, de todo modo, fora das enfermarias em que estas se articulam”. Nessas estruturas deverão ser executadas as medidas de segurança de internação em HPJ, ou de encaminhamento a Casa de custódia e tratamento. O fechamento dos atuais HPJs, ou sua reconversão em penitenciárias, deverá acontecer até 31 de março de 2012, prevendo-se ainda a supervisão por comissários das regiões inadimplentes.

A opção exclusiva por estruturas residenciais psiquiátricas como únicos locais de tratamento, parece, no entanto, rígida e pouco justificável. Os pacientes e as pacientes, autores e autoras de crime, são pessoas diversas entre si, com distúrbios diversos, em fases diversas, não se podendo afirmar que necessitem de um tratamento similar de longa duração em uma estrutura residencial psiquiátrica protegida. Ao contrário, exatamente em razão do critério de territorialidade na escolha dos lugares de tratamento, que tem como consequência o fato de que o lugar de eleição da programação e da assunção do tratamento é o Departamento de Saúde Mental, seria mais correto deixar a este a responsabilidade pela escolha dos lugares e das modalidades que poderiam, pois, ser diversas da colocação em residências protegidas, até para não se excluir a possibilidade de utilização de outros espaços e oportunidades hoje já disponíveis e operantes.

motivação que “arraste” corações e mentes, apontando para uma mudança, dando sentido ao cotidiano e aos esforços do presente. Trata-se, em essência, de se colocar claramente as perguntas sobre o “por quê?” e o “para quem?”. Trata-se, em essência, de entender e fazer entender que essa desinstitucionalização diz respeito a todos, diz respeito a cada um de nós, diz respeito ao profissionalismo dos operadores. Trata-se de sentir o desafio do empenho, a força política da paixão, reencontrar aquelas instâncias de liberdade e justiça que sustentaram, desde seu início, a reforma da psiquiatria na Itália.

Devemos, por exemplo, dar um rosto aos números, aos diagnósticos que preenchem as tabelas sobre os HPJs. Devemos dar voz às pessoas que dizemos querer ajudar, devemos sentir em nossa pele suas emoções e seus sofrimentos. É preciso alargar o campo dos sujeitos envolvidos, conscientes do papel que a sociedade civil pode e deve desempenhar. A presença ativa do voluntariado, por exemplo, nos parece decisiva: sua função não pode ser subsidiária, subordinada, instrumental – o protagonismo dos voluntários é expressão dos laços que se devem instaurar entre o empenho dos profissionais e a sociedade civil.

Essa exigência de uma perspectiva política nos faz compreender mais profundamente que reduzir o número dos internados nos HPJs, constituir pequenas instituições eficientes, ancorar a gestão do louco responsável por crime à organização sanitária, são passos que, no entanto, não eliminam o estereótipo da periculosidade e da irresponsabilidade do louco, não dissolvem o nó górdio sobre os quais continuam a se estruturar ideologias e aparatos repressivos. O juízo de incapacidade total de entender e querer é, de fato, a pedra angular sobre a qual se funda a ciência psiquiátrica, e é também seu pecado original. **“Podemos falar no máximo em incapacidade parcial – diz Franco Rotelli⁶³ – mas a incapacidade total de entender**

63 - Rotelli F., “La questione forense”, in La testa tagliata, org. Toresini L., Gutenberg, Roma, 1996

e querer jamais concerne à psiquiatria. Pode dizer respeito a um estado confuso de origem biológica, mas jamais a uma doença psiquiátrica”. A história demonstra como se criou sobre essa premissa uma espécie de automatismo entre o juízo de doença mental e o juízo de incapacidade de entender e querer. Enquanto se mantiver esse preconceito, não poderemos verdadeiramente nos libertar da idéia do manicômio, mesmo se reduzirmos ao mínimo os internados nos HPJs. Enquanto se mantiver a idéia de inimizabilidade por doença mental, negar-se-á ao paciente **“o direito de ser um sujeito, daí nascendo todas as instituições que procedem do manicômio e, vice-versa, derivam daquele princípio”**. Negar-se-á ao psiquiatra a possibilidade de tratamento, a ele se reconhecendo, no máximo, tão somente a possibilidade de custódia e manipulação. **“No momento em que se trata a doença mental – acrescenta Rotelli – deve-se investigar também a normalidade, pois é preciso investigar também a riqueza das diversidades”**. O louco também tem direito ao processo, “o louco tem direito a estar em juízo, o louco também tem direito de fazer valer suas razões e tem direito a ser condenado, enquanto essa for a lei geral”. Naturalmente, existem mil possibilidades, mil medidas alternativas possíveis para atenuar a pena, para tratar e ajudar quem cometeu um crime. Em essência, cuida-se de criar para todos, inclusive o louco criminoso, o direito de cidadania. Tudo é possível quando se parte de um grande respeito pelas razões de todos. É esse, só esse, o modo de desfazer o nó górdio da louca custódia.

4.Responsabilidade civil e penal do médico

4.1.A responsabilidade civil

Intervenções médicas são fundamentalmente uma prestação de meios sem uma devida garantia de resultado. Naturalmente, a prestação exige um dever de cuidado a ser desenvolvido da maneira mais adequada e precisa.

Em nossos Códigos, não existem normas específicas que digam respeito à categoria profissional dos médicos e cirurgiões, não tendo, por outro lado, o código deontológico dos médicos italianos força de lei. Há, no entanto, leis especiais na matéria, textos únicos, normas deontológicas, decisões da Suprema Corte, uma rica jurisprudência. A Itália, juntamente com o México, é o único Estado a não prever o crime de culpa médica, mas a Itália é também o único país europeu, junto com a Polônia, em que os erros clínicos são passíveis de persecução penal.

A condição do médico empregado no Sistema Sanitário Nacional é regulada por algumas diretivas. Essas normas destacam que a obrigação do médico empregado no serviço sanitário tem natureza contratual; que eventual responsabilidade por um resultado lesivo implica a obrigação do médico de ressarcir o dano injustamente causado; que o seguro de responsabilidade civil cobre tão somente as consequências de um comportamento culposo. As obrigações da seguradora em relação ao segurado são distintas e autônomas das que o segurado tem em relação ao lesado. Atualmente, as seguradoras dão especial atenção ao certificado do “consenso informado”, exigido antes da realização do ato médico. Existem, pois, dois tipos de responsabilidade para o médico: a contratual, derivada de uma relação direta e de confiança com o paciente ou no interior do serviço público, e a extracontratual ou aquiliana, quando o médico está ligado a uma estrutura através de uma relação contratual.

As principais características da Responsabilidade Contratual são:

- A obrigação do profissional da saúde é de meios, não de resultado;
- O médico é responsável inclusive por culpa leve;
- Há culpa quando o evento é atribuível à negligência, imprudência, imperícia, inobservância de leis e regulamentos;
- Se a prestação do médico implica problemas técnicos de especial dificuldade, a responsabilidade só subsiste nos casos de dolo ou culpa grave;
- No cumprimento de sua prestação, o médico deve empregar a diligência ordinária exigida em sua atividade;
- Para obter o ressarcimento do dano, o paciente deve provar ter sido destinatário da prestação e ter sido lesado por esta;
- O médico, para evitar a condenação, deve demonstrar ter cumprido corretamente suas próprias obrigações;
- A prescrição, em regra, é decenal.

As principais características da Responsabilidade Extracontratual são:

- A responsabilidade prescinde da existência de um vínculo contratual ou obrigacional;
- A configuração da responsabilidade extracontratual subordina-se à existência dos seguintes elementos:
 - Uma conduta dolosa ou culposa do médico;
 - Um dano;
 - Um nexo de causalidade entre a conduta e o dano;
 - Dolo ou culpa do causador do dano.
- As principais diferenças com a responsabilidade contratual são:
 - O lesado deve provar, além da existência do dano e da relação de causalidade, a culpa do médico;
 - Em matéria de responsabilidade contratual, são ressarcíveis todos os danos que sejam consequência imediata e direta da

conduta de seu causador;
- A prescrição é quinquenal.

Com o termo responsabilidade entende-se, em geral, o dever de responder pela violação de uma norma de conduta qualquer, sofrendo-se as correspondentes e consequentes sanções. O fundamento jurídico da responsabilidade civil profissional reside em alguns artigos do Código Civil: diligência no cumprimento (art.1176 CC); responsabilidade do devedor (art.1218); ressarcimento por fato ilícito (art.2043); responsabilidade do prestador de serviço (art.2236).

A obrigação de meios e não de resultado significa que o médico se compromete com o paciente a utilizar seus próprios conhecimentos e todos os instrumentos e regras técnicas e científicas, de maneira diligente, sem, no entanto, garantir o resultado. Estabelecido que por ressarcimento dos danos se entende a reintegração patrimonial do quanto perdido pelo sujeito passivo por obra daquele que praticou o fato, há de se precisar que, no âmbito civilístico, diversamente do que ocorre em sede penal, distinguem-se a culpa leve e a culpa grave, inescusável “por imperícia, imprudência, negligência, ou inobservância de leis ou regulamentos”, para a maioria dos que exercem aquela específica prestação sanitária.

Por culpa leve entende-se, geralmente, a omissão de diligência ou a negligência configurada em preparação não coerente com o caso concreto e causadora de um dano na execução do tratamento cirúrgico ou no âmbito da terapia médica. Por culpa grave, nos termos do art.2236 CC, entende-se o erro grosseiro, devido à violação das regras e à falta de adoção dos instrumentos e, portanto, dos conhecimentos inerentes ao patrimônio mínimo do médico, na medida em que adquiridos pela ciência médica. A medida de avaliação da culpa varia conforme seu conteúdo objetivo (negligência, imperícia ou imprudência) e a natureza da intervenção (complexa ou rotineira) requerida do médico.

4.2.A responsabilidade penal

Em geral, entende-se que a responsabilidade penal do médico ocorre quando sua conduta culposa esteja viciada por imperícia, imprudência, negligência, ou inobservância de leis, regulamentos e disciplinas, daí derivando, com claro nexo de causalidade, a morte ou agravação da doença existente, ou o surgimento de outra patologia. A imperícia consiste na falta de competência ou habilidade profissional; a negligência na falta de cuidado e atenção no agir; a imprudência resulta do excesso de audácia, de desafio à razão e à experiência; a inobservância de leis e regulamentos consiste, com frequência, na omissão de normas que deveriam ser observadas. Ao contrário do que acontecia no passado, hoje, o médico, nos casos de imprudência e negligência, responde tanto por culpa grave quanto por culpa leve. Quando se provoca um dano a uma pessoa, o evento não necessariamente implica a responsabilidade jurídica do médico, tampouco significando que o fato danoso constitua, por si, a prova de sua culpa. Com efeito, é preciso examinar a conduta do médico em relação ao caso clínico. Assim o fazendo, percebe-se o quanto a cadeia causal, de que, em geral, supõe-se uma natureza linear, é, na realidade, ramificada e, às vezes, circular: um evento pode assumir as vestes de causa, ou alternativamente de efeito, conforme as circunstâncias ou pontos de vista.

A norma penal mais comumente utilizada se refere ao art.40 do Código Penal, segundo o qual “ninguém pode ser punido por um fato previsto em lei como crime, se o resultado danoso ou perigoso, de que depende a existência do crime, não for consequência de sua ação ou omissão. Não impedir um resultado, de que se tem o dever jurídico de impedir, equivale a causá-lo”. A ênfase deve ser colocada em dois termos – a ação e a omissão – além daquilo que, em direito, é definido como nexo de causalidade.

O art.41 CP prevê, além disso, que as causas pré-existentes, simultâneas, ou supervenientes à conduta humana, ainda que desta independentes, não excluem a responsabilidade penal do sujeito

considerado. Com efeito, o concurso de causas jamais exclui a relação de causalidade. Somente as causas supervenientes podem excluir o nexu causal, desde que suficientes para produzir o resultado danoso (art.41, § 2º CP).

É, pois, a relação de causalidade elemento chave para a definição da responsabilidade do médico. Na jurisprudência, a análise da relação etiológica é dominada pela tradicional “teoria das condições”. Tal teoria sustenta, em síntese, que é causa penalmente relevante a conduta que se põe como condição necessária – *conditio sine qua non* – na cadeia dos antecedentes que concorrem para a produção do resultado, sem a qual esse resultado, de que depende a existência do crime, não teria podido se verificar. A configuração do nexu causal, segundo a teoria das condições, baseia-se essencialmente em uma espécie de “procedimento de eliminação mental”. Como a conduta humana é condição necessária do resultado, se, mentalmente, a eliminarmos, deveremos esperar que, automaticamente, elimine-se também o resultado. Naturalmente, só é possível utilizar tal reconstrução etiológica quando se conhece ex ante a relação existente entre uma determinada conduta e um determinado resultado.

Como é sabido, a realidade, porém, é mais complexa do que qualquer hipótese determinista; por essa razão, no método científico, e em sua linguagem, prefere-se utilizar o conceito de probabilidade no aparecimento de um resultado. Essa “incerteza” conflita com a lógica do direito, sobretudo se se considera quão controversa pode ser, inclusive no campo científico, a leitura dos dados que definem a probabilidade científica de um fato (quanto mais nas ciências do comportamento humano!). Por essa razão, a sentença da Corte Constitucional nº 364 de 1998 põe o conceito de probabilidade lado a lado com o de previsibilidade e evitabilidade das consequências danosas: o médico responde penalmente somente se podia prever e evitar o fato-criminoso consequência de sua conduta, com base em regras da experiência comum.

O verdadeiro ponto de referência sobre o tema da causalidade é,

hoje, constituído pela chamada “*Sentença Franzese*” – a sentença das Seções Penais Reunidas da Cassação (SS UU, sentença de 11 set. 2002, nº 30328).

Tal sentença estabeleceu que, no que diz respeito ao específico setor da atividade médico-cirúrgica e em tema de causalidade no crime omissivo impróprio, devem ser enunciados os seguintes princípios: “... a) **o nexó causal somente pode ser visualizado quando, à maneira do juízo contrafactual conduzido com base em uma regra comum da experiência ou uma lei científica universal ou estatística, constata-se que, formulando-se a hipótese de realização pelo médico da conduta devida, impeditiva do resultado *hic et nunc*, este não teria se verificado, ou ter-se-ia verificado mas em época significativamente posterior ou com menor intensidade lesiva; b) não se pode deduzir automaticamente do coeficiente de probabilidade expresso por leis estatísticas a confirmação ou não da hipótese acusatória sobre a existência do nexó causal, devendo o juiz avaliar sua validade no caso concreto, com base nas circunstâncias do fato e nas provas disponíveis”.**

Esse segundo item põe em evidência a exigência de uma elevada credibilidade da conclusão judicial. Para demonstração do nexó causal, a sentença exclui qualquer avaliação apriorística e com caráter de mera presunção. O procedimento lógico-dedutivo deve conduzir à certeza processual, excluindo qualquer interferência de percursos alternativos. O juízo prognóstico deve ser rigoroso, baseado quer em conhecimentos científicos ou estatísticos, quer em conhecimentos de caráter geral.

4.3. A responsabilidade jurídica do psiquiatra

A sociedade exige do psiquiatra, de maneira penetrante e implícita, não só um diagnóstico e um prognóstico de doença, mas também um prognóstico de conduta e uma terapia capaz de condicionar essa própria conduta do paciente. Tal exigência social é manifestamente excessiva, como é quase imediato o apelo à “periculosidade para

si e para os outros”, se um paciente psiquiátrico se suicida, ou provoca lesões ou morte de terceiros. Acusa-se o psiquiatra de não ter formulado o diagnóstico correto, não ter feito um prognóstico fidedigno, não ter prescrito a terapia capaz de esconjurar o evento danoso. Todavia, antes de se chegar a uma condenação, ter-se-á que demonstrar a ocorrência de um erro médico que tenha derivado de negligência, imprudência ou imperícia, e que ao erro tenha se seguido uma conduta anômala do paciente, e desta um dano à pessoa.

O problema da responsabilidade jurídica do psiquiatra, em seus termos essenciais, acaba por ser o seguinte: como de uma conduta errônea (do psiquiatra) deriva uma conduta anômala (do paciente). É evidente, porém, que fatores de caráter subjetivo podem modificar esses dois termos, de tal modo que a tipologia lógico-dedutiva que justifica a configuração de um nexos causal entre os dois eventos não é fácil de ser demonstrada.

Com efeito, se é verdade que podemos concluir que um tratamento psiquiátrico inadequado seja causa de uma piora na doença do paciente, também podemos nos perguntar se tal piora teria se verificado pela evolução natural da doença, apesar da intervenção psiquiátrica, e não por causa desta.

De modo geral, parece que os juízes, nos últimos tempos, estariam tendentes a alargar sempre mais a área da culpa penal e civil a cargo dos psiquiatras. Como já exposto, esse fenômeno poderia ser apenas uma expressão de um trend mais amplo, concernente a toda a área médica, ou poderia estar a indicar uma específica atenção, em matéria de saúde mental, aos temas da ordem pública e da insegurança social percebida.

Sobre o argumento existe uma rica produção da jurisprudência. Mencionarei apenas algumas dentre as sentenças mais significativas proferidas pela Corte de Cassação e alguns Tribunais Colegiados⁶⁴ e de Apelação:

64 - [Nota à edição brasileira] *Corti d'Assisi*.

- A Corte de Cass. Pen., seção V, 1974, no 128370, afirma: “... **o crime, na medida em que falte pessoal especializado ou se confiarem os internos a pessoas incompetentes e em número inadequado**”;
- A Corte de Cass. Pen., seção V, em 12/10/82, configura como passível de persecução por “... **crime de abandono, o médico responsável por um Centro de Higiene Mental que se abstenha de usar formas de intervenção terapêutica em relação a portador de perturbações psíquicas**”;
- A Corte de Cass. Pen., seção V, 1989, no 183774, afirma que se deve entender como crime “... **nos termos do art. 591 CPP, o fato de incapazes [serem] deixados aos cuidados de pessoal inidôneo**”;
- A Corte de Cass. Pen., seção V, em 28/3/90, declara que “... **a exposição a perigo da pessoa abandonada pode ser virtual, não sendo excluída pela temporaneidade, nem pela possibilidade de eventual socorro**”;
- A Corte de Cass. Pen., seção V, em 30/11/1993, explica que “... todo abandono se torna perigoso e o interesse resulta violado ainda quando o desamparo seja apenas relativo ou parcial”;
- A Corte de Cass. Pen., seção V, em 21/9/95, afirma que “... **para os fins de configuração do crime, basta a falta de prestação de cuidados temporâneos, independentemente de um particular animus derelinquendi**”;
- A Corte de Cass. Pen., seção V, 1995, no 203004, precisa que “... **responde pelo delito quem se omite de intervir ou de fazer com que intervenham pessoas idôneas a evitar o próprio perigo**”;
- A Corte de Cass. Pen., seção V, em 22/1/1998, no 4447, define como “... **crime de abandono qualquer ação ou omissão que contradiga o dever jurídico de tratamento e custódia**”;
- A Corte de Cass., na sentença no 11024 de 22/10/1998, recordando fato referente a psiquiatra de uma prisão que não diagnosticou doença que requeria uma intervenção cirúrgica, define os limites discricionários do diagnóstico médico;
- A Corte de Cass. Pen., seção IV, em 12/4/2005, no 13241,

sentença que o fundamento das normas do Tratamento Sanitário Obrigatório reside na “periculosidade do paciente”;

- O Tribunal de Apelação de Bolonha, em 1º de julho de 1975, exclui a responsabilidade do psiquiatra no caso de um paciente que se suicidara;

- O Tribunal Colegiado de Parma, em 16 de novembro de 1981, exclui a responsabilidade do psiquiatra no caso de paciente que se afastara do Serviço Psiquiátrico de Diagnóstico e Tratamento e matara a esposa.

Algumas sentenças, a meu modo de ver, merecem especial atenção.

O Tribunal de Ravenna, em 29/9/2003, absolve um psiquiatra acusado de homicídio e lesões pessoais culposas, em seguida a suicídio do paciente que tinha a seus cuidados. A absolvição foi justificada pelo juiz com **“a impossibilidade de submeter o próprio paciente a uma contínua e estrita vigilância”**, além de um raciocínio decisivamente técnico-científico: **“a responsabilidade profissional no setor das intervenções psiquiátricas há de ser devidamente enfrentada de maneira diversa e com maior rigor probatório do que em outros campos da medicina, tendo-se em conta o menor grau de certeza atingido na psiquiatria, em relação aos conhecimentos adquiridos em outros setores da mesma ciência”**. De um lado, o psiquiatra é absolvido porque, após o fechamento dos manicômios, falta a possibilidade concreta de um estrito controle-vigilância; por outro lado, porque a psiquiatria ainda é uma ciência altamente imperfeita (ou mais imperfeita do que outras; mais aleatória do que outras) e, portanto, mesmo um tratamento eventualmente errado ou baseado em conjeturas que não consiga evitar o suicídio não é, por si só, suficiente para demonstrar a falta de diligência médico-profissional.

Vale a pena citar ainda o Tribunal de Brindisi, em uma de suas sentenças referente a uma série de suicídios ocorridos em

uma enfermaria psiquiátrica. Segundo o tribunal da Puglia **“não respondem por homicídio culposo os médicos, enfermeiros, o diretor do departamento de saúde mental, o diretor sanitário, e tampouco o coordenador sanitário que deixaram, cada um em relação às próprias funções, de adotar as medidas capazes de impedir os repetidos suicídios de pacientes internados na enfermaria psiquiátrica, estando, a essa altura, praticamente em desuso, em seguida à Lei 180/78, aquela visão da doença mental traduzida na assistência ao doente, que se expressava fundamentalmente na estrita vigilância do mesmo, a fim de impedir que acarretasse dano a si mesmo e aos outros, agora prevalecendo uma assistência principalmente de tipo terapêutico”**.

Em novembro de 2003, foi proferida a bastante conhecida sentença da Cassação (Cass. Pen., seção IV, 4 de março de 2004, no 10430), que confirma a condenação do diretor de uma casa de tratamento milanesa, julgado responsável pelo crime de homicídio culposo pela morte de uma paciente voluntariamente internada, portadora de síndrome depressiva, que se suicidou, jogando-se pela janela na casa de tratamento. **“... À base da causa excepcional superveniente esteve a conduta culposa do médico que, não representando adequadamente os riscos de reincidência nas tentativas de suicídio e não indicando à acompanhante as cautelas aptas a evitar gestos autodestrutivos, colocou-se a si mesmo como condição idônea para a verificação da conduta que tornou possível o evento suicídio.”**

É novamente a IV Seção da Cassação que condena dois psiquiatras do Instituto Psiquiátrico de Pisa por homicídio culposo, por sentença proferida em 12 de janeiro de 2005 (publicada em cartório em 12 de abril de 2005). Tratava-se do suicídio por enforcamento no banheiro da enfermaria de um paciente submetido a TSO.

A motivação da sentença é interessante porque a Corte limita expressamente a possibilidade de se visualizar a subsistência da posição de garantidor no psiquiatra ao fato de o paciente estar submetido a TSO. **“Observa esta Corte que, estando C submetido a tratamento sanitário obrigatório, indiscutivelmente existe a posição de garantidor por parte**

dos médicos da estrutura (...) Em tais casos, portanto, derogada a voluntariedade inspiradora da Lei 180/1978, que entendeu transfundir em lei ordinária o princípio ditado pelo art. 32, § 2º da Const., referente à liberdade de tratamento (...), permite-se a limitação da liberdade pessoal, para tutela do próprio paciente (e, em via reflexa, eventualmente de terceiros), tutela que, diante de uma situação de extrema gravidade e de falta de colaboração do sujeito que não adere ao tratamento voluntário, só pode se efetuar através de sua custódia e, se for o caso, através de contenção”.

Na realidade, em matéria de contenção, já se tinha posicionamento da Suprema Corte. Veja-se, por exemplo, o caso da sentença da Corte de Cassação de 17/10/1990, concernente ao “Tratamento Sanitário Obrigatório e contenção física em psiquiatria”. Contestando a justificação de atos coercitivos, nos casos em que o estado mental do paciente não aconselhe a privação da liberdade, a Corte de Cassação assim se expressa: **“Para fins de configuração do crime de sequestro de pessoa, prescinde-se da existência no ofendido da capacidade volitiva de movimento e instintiva de percepção da privação da liberdade, razão por que configura-se o delito mesmo em relação a enfermos mentais e paralíticos”**. Dessa forma, a Cassação demonstrou que a pessoa há de ser considerada livre não enquanto tenha capacidade de se mover, mas enquanto esteja ausente qualquer coerção que subtraia de seu corpo a possibilidade de movimento no espaço. Em suma, se ao psiquiatra se pode eventualmente atribuir uma função de “controle social”, esta deve ser entendida como mediação entre diversos impulsos sociais contrapostos e enquanto manutenção de níveis adequados de homeostase social, mas não como uma função de “controle social disciplinar”, típica de instituições primariamente voltadas ao controle social (polícias, etc.). Lê-se na sentença que a supressão dos manicômios indubitavelmente mudou o perfil de responsabilidade dos psiquiatras, pois estes, com frequência, acham-se diante de situações em que não podem impedir um evento, na medida em que o uso da força sobre o paciente está

condicionado à presença de múltiplos e perigosos fatores. A Corte de Cassação precisa que “... **o uso legítimo da força física está limitado aos casos de estrita necessidade, para subtrair o incapaz ao perigo de graves danos**”. O caso concreto analisado pelos juízes é que dirá se e em que medida o psiquiatra pode ser responsável pelas condutas lesivas ou autolesivas do paciente que tem sob seus cuidados.

VII. Os documentos

1. Atestados de solidariedade a Franco Basaglia e Antonio Slavich

Domenico Casagrande e Ernesto Venturini

1.1. Anos 1968 e 1971

Os atestados aqui reunidos foram endereçados a Franco Basaglia, em Gorizia, pouco depois do fato delituoso perpetrado por Miklus, bem como a Franco Basaglia e Antonio Slavic, em Colorno, em 1971, após sua incriminação pelo Ministério Público. O material reunido poderia ter sido utilizado pela defesa em sede processual, mas isso não aconteceu, praticamente sem qualquer reflexo aparente no julgamento, pois os juízes evitaram entrar no mérito do processo de tratamento levado a cabo no hospital psiquiátrico. Trata-se de material inédito entregue a Casagrande por Slavich. É aqui publicado, pela primeira vez, para ilustrar o clima cultural e político daqueles anos, enfatizando o peso da “opinião pública” no episódio: papel fundamental para evitar o recuo do processo de mudança institucional iniciado em Gorizia. Naturalmente, o número dos atestados é maior do que o que aqui exibido: para não sermos indelicados com os ausentes, cabe esclarecer que estamos publicando somente o material enviado a Colorno que, através de Slavich, Basaglia confiou a Casagrande.

1.2. Ano 1968

Quando aconteceu o “incidente Miklus”, em setembro de 1968, a experiência de Gorizia atravessava um momento especialmente feliz. Em abril, “*L’istituzione negata*” era publicado pela Einaudi. O livro teve um prestigioso reconhecimento, no verão, com o “*Premio Viareggio*” para ensaios. A primeira edição esgotou rapidamente e o livro se tornou um “texto *cult*”, não só no universo da psiquiatria e da psicologia, mas para todos aqueles que percebiam a necessidade de

uma profunda mudança das instituições. De repente, porém, começa uma fase bastante difícil e crítica. A dor e a emoção provocadas por um fato tão dramático, naturalmente, abrem uma reflexão sobre sua dinâmica, para tentar entender suas razões e identificar os erros. Era igualmente natural que se instaurasse um procedimento judiciário para esclarecer eventuais responsabilidades. No entanto, logo se evidenciou a instrumentalização do evento por quem sempre se opôs à mudança e o confronto se tornou extremamente áspero, sem excluir golpes. Basaglia tinha consciência de que seria decisivo descer em campo em defesa da experiência de Gorizia. Por essa razão, pôs-se em ação, pedindo manifestações de solidariedade, embora, na realidade, inúmeras pessoas tenham sentido necessidade de espontaneamente manifestar seu apoio a Basaglia e a todo o grupo de Gorizia.

Dentre essas pessoas, especialmente afetuoso e solícito foi Giulio Maccacaro, diretor do Instituto de Estatística Médica e Biometria da Faculdade de Medicina e Cirurgia de Milão e diretor do Centro para Aplicações Biomédicas do cálculo eletrônico. “... **Soube, através de amigos comuns, das preocupações que, nesses dias, estão atormentando você, seus colaboradores e seus doentes. Como quem quer que os conheça verdadeiramente, compartilho tais preocupações, com afetuosa participação. Penso que se nos tornamos um pouco mais civilizados, terá sido também por mérito de vocês...**”

O escritor Carmelo Samonà, docente universitário da Faculdade de Pedagogia de Roma, um dos mais importantes hispanistas italianos, também escreveu a Basaglia: “**Tenho acompanhado, desde o início, o notório contencioso judiciário em torno ao hospital de Gorizia. Hesitei em escrever, porque, decerto, minha solidariedade de pouco pode valer do ponto de vista estritamente prático. Mas, estou cada vez mais preocupado com a situação italiana e de toda nossa cultura, e, em determinado ponto, me convenci de que seu problema, para além da contingência dessa odiosa e clamorosa imputação, é também problema nosso e de todos aqueles que pensam como**

nós e trabalham nas estruturas do Estado. Por isso, quero que você saiba que, se for necessário, minha solidariedade, nessas circunstâncias, é plena e absoluta. Leve em conta o fato de que, aqui na Pedagogia e na Universidade de Roma, somos um grupo de docentes e assistentes que, embora pequeno em quantidade, é, no entanto, bastante unido. Saiba que, a qualquer momento, você pode contar com ações de nossa parte”.

Outro que sentiu necessidade de manifestar sua solidariedade foi Diego Napolitani, psiquiatra e membro associado da Sociedade Psicanalítica Italiana, fundador e dirigente da comunidade terapêutica “*Villa Serena*”, uma experiência de vanguarda: **“Caríssimo Franco, seguimos de perto suas recentes vicissitudes...judiciárias e todos nós – pacientes e pessoal sanitário – delas participamos com muito sentimento, seja nessa como na outra comunidade (a privada). Sendo, junto com você, protagonistas do ‘risco’, movidos pela dignidade humana, queremos comunicar nossa admiração, nossa solidariedade e nosso afeto, desejando a você – ou melhor, desejando a nós mesmos – que o desenrolar dos fatos acolha seus esforços”**.

O eco dos acontecimentos chegou à Câmara dos Deputados, onde alguns grupos parlamentares dirigiram uma interpelação ao Ministério da Saúde. Aldo Natoli, parlamentar do PCI, logo escreveu a Basaglia: **“Caro Basaglia, tenho muito prazer em travar conhecimento com o senhor, nessa ocasião. Junto com outros colegas, apresentei uma interpelação. Hesitei diante do texto, porque gostaria de antes ouvir sua opinião. Serei grato se o senhor puder me escrever, com toda franqueza. Pode endereçar sua carta para cá, em Montecitorio. Naturalmente, gostaria muito de conhecê-lo pessoalmente...”**

Segue o texto integral da interpelação:

CÂMARA DOS DEPUTADOS
Roma, 30 de outubro de 1968
INTERPELAÇÃO

Ao Ministro da Saúde

Visando saber se, diante dos recentes e graves episódios de explícita hostilidade de órgãos periféricos do poder público contra as terapias de vanguarda no campo das doenças mentais e contra as iniciativas voltadas à reivindicação de uma corajosa reforma psiquiátrica, episódios de hostilidade que culminaram com o aberrante processo judiciário contra o prof. Basaglia, diretor do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, não entenda V.Sa. ser indispensável promover uma ação de governo destinada a:

1) Lançar um plano de saneamento e expansão dos serviços psiquiátricos destinado a eliminar a superpopulação dos institutos hospitalares e o grave fenômeno da promiscuidade dos doentes mentais de todos os tipos e graus;

2) Criar condições para que nenhum doente mental seja abandonado na atual situação de exclusiva segregação, inércia física ou, ainda pior, de coerção e violência, na generalizada renúncia a qualquer tentativa de tratamento, que, ao contrário, seria possível com base nos critérios da técnica mais atualizada;

3) Assumir como parâmetro fundamental da reforma psiquiátrica a total eliminação de qualquer diferenciação entre os problemas da saúde mental e os da saúde em geral, pondo fim, de fato, ao vergonhoso comportamento de nossa sociedade em relação à doença mental, em parte derivado da subsistência de posições medievais de medo e

culpa, mas especialmente do fato de que um ordenamento social fundado no lucro recusa e tende a excluir os fracos e deficientes;

4) Favorecer o desenvolvimento de serviços psiquiátricos fundados na continuidade terapêutica e, portanto, na unidade e indivisibilidade dos tratamentos hospitalares e extra-hospitalares,

Expressando, portanto, com tal ação, solidariedade e apoio à obra dos psiquiatras italianos mais empenhados no auspicioso trabalho de renovação, de tal forma contribuindo para repelir, direta ou indiretamente, a ação persecutória que contra esses vem sendo exercida pelas forças mais retrógradas e conservadoras de nossa sociedade.

Eis o texto da resposta do Ministro da Saúde, Luigi Mariotti:

Ministério da Saúde

Roma, 2 de janeiro de 1969

Objeto: Interpelação à resposta escrita No 674

O Senhor Deputado apresentou a seguinte interpelação, com pedido de resposta escrita:

“Ao Ministro da Saúde. Visando saber se pretende se manifestar sobre as circunstâncias e os fatos que estão na base da decisão do juiz instrutor de Gorizia que incriminou por ‘homicídio culposo’ o diretor do Hospital psiquiátrico, professor Franco Basaglia.

O interpelante, independentemente do contestável fundamento jurídico da incriminação em questão, indaga se o Ministro não julgue que o episódio se presta a ser instrumentalizado contra todo um grupo de estudiosos que estão experimentando uma terapia moderna e especialmente civilizada no campo da psiquiatria, enquanto

nesse setor da medicina nosso País mantém estruturas arcaicas e inadequadas, bem como métodos de tratamento de caráter repressivo, que retardam a cura dos pacientes e obstaculizam sua reinserção na sociedade”.

Responde-se o quanto segue.

Em 27 de setembro passado, um paciente do Hospital psiquiátrico provincial de Gorizia, internado desde 1951, por ocasião de uma licença diária concedida pela Autoridade sanitária do mesmo Hospital, matou a própria esposa.

Fugindo, foi encontrado pela polícia apenas dois dias depois das buscas, sendo em seguida enviado ao manicômio criminal.

O referido interno foi acompanhado ao domicílio em veículo de um enfermeiro do hospital e confiado a seus familiares.

O Ministério da Justiça, interessado na questão, comunicou que o juiz instrutor junto ao Tribunal de Gorizia procede, com instrução formal ainda em curso, contra o mencionado interno pelo delito de homicídio doloso, nos termos dos arts. 575 e 577 CP. Nenhuma imputação foi, até hoje, atribuída ao professor Basaglia, Diretor do Hospital em questão. De todo modo, essa Administração ressalta que, em relação às novas orientações sobre a assistência psiquiátrica e aos novos métodos para sua realização, a socioterapia constitui um dos pontos cardiais do tratamento psicoterapêutico. Inclui-se, portanto, em tais métodos e no quadro de tais novas orientações o sistema de socioterapia adotado pelo prof. Basaglia no Hospital psiquiátrico de Gorizia.

No que se refere às licenças experimentais, são contempladas pelo regulamento R.D. no 615 de 16/8/1909, arts. 64-65-66, sendo o diretor por elas responsável. Visando realizar a reinserção social dos enfermos mentais

liberados, torna-se indispensável a efetivação de tais licenças experimentais.

Julgam-se, portanto, regulares as medidas tomadas pela Direção do Hospital em questão, no que concerne aos métodos socioterapêuticos e às liberações experimentais.

No que se refere ao doloroso caso verificado em 27 de setembro passado, adverte-se que este não pode invalidar um método de tratamento psicoterapêutico postulado pelos cultores da matéria ou pelos expertos do MS, nem modificar as normas legais citadas, no que se refere às licenças experimentais, ainda que tais liberações possam configurar um risco potencial.

Por outro lado, a liberação dos internos psiquiátricos, afirmada pela nova Lei no 431, de 18/3/1968, enfatiza tal profunda exigência, mesmo sendo evidente o maior risco de tais licenças e a evidente maior responsabilidade que recai sobre os diretores dos hospitais psiquiátricos.

Com efeito, esse Ministério já emitiu circular dirigida aos Médicos Provinciais, na qual são evocadas as precedentes disposições expedidas sobre o problema em questão, bem como sua especial atenção, na qualidade de Presidentes das ditas Comissões, a fim de exercerem, com respeito à lei e às novas orientações de liberalização da assistência psiquiátrica, a mais estrita e prudente vigilância.

O Ministro.

Como se pode verificar, o Ministro, embora enfatizando a autonomia da magistratura, demonstra a regularidade das medidas da Direção do Hospital no que concerne aos métodos socioterapêuticos e às licenças experimentais. Não se trata de simples opinião pessoal: trata-se de um parecer técnico, evidentemente fundado em conhecimentos específicos e expressado por uma fonte respeitável. Mas, o mais interessante é que, tanto na interpelação, quanto na

resposta do Ministro, emerge a relevância institucional da matéria em questão. Há um juízo consolidado, absolutamente crítico em relação ao estado dos hospitais psiquiátricos, que se acham sob condições inadmissíveis e não recuperáveis com intervenções parciais ou locais. A problemática necessariamente exige medidas legislativas de relevante dimensão. As intervenções devem estar em sintonia e em continuidade com as já promulgadas pela Lei no 431, de 18 de março de 1968, sobre **“Providências para a assistência psiquiátrica”**, denominada lei provisória ou lei Mariotti, que permitiu a internação voluntária dos pacientes psiquiátricos.

A propósito, é oportuno recordar o empenho fundamental de Basaglia e de todo o grupo de Gorizia exatamente para a promulgação dessa lei, frequentemente pouco conhecida em sua dimensão revolucionária. Luigi Mariotti envolveu-se ativamente no conhecimento da experiência de Gorizia: com efeito, visitou o Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, antes da promulgação da lei, convidado pelo então Assessor Regional para a Saúde de Friuli-Venezia-Giulia, advogado Cesare Devetag. Entende-se, assim, porque, para além da oficialidade dos autos, o Ministro tenha sentido necessidade de se comunicar diretamente com Basaglia, enviando-lhe a seguinte carta:

Roma, 29 de novembro de 1968.

Egrégio Professor,

Vejo sua carta do último dia 8 e verdadeiramente lamento o infortúnio que lhe ocorreu, como também lamento o pretexto que se quer extrair daí para evitar uma necessária e impreterível radical renovação estrutural, terapêutica e de valorização social no setor psiquiátrico. A esse respeito, minha opinião é bastante conhecida de V.Sa. e de quantos estão especialmente a par do problema. É suficiente uma nova leitura das normas propostas e do anexo “relatório ilustrativo” para a reforma psiquiátrica, cuja iniciativa assumi na qualidade de Ministro da Saúde.

Formulando meus melhores votos a V.Sa., envio-lhe saudações cordiais.

Luigi Mariotti

Todavia, nessa fase delicada, Basaglia precisava também do parecer favorável do *establishment* científico. Por essa razão, solicitou o parecer de dois de seus “mestres”, luminares da psiquiatria da época: Maxwell Jones e Georges Daumezon. O psiquiatra Maxwell Jones era um inovador carismático, idealizador da primeira comunidade terapêutica, criada em 1952 no Hospital Dingleton de Melrose na Escócia, com o objetivo de fazer participar e responsabilizar os pacientes na gestão da instituição psiquiátrica em que residiam. Franco Basaglia conheceu Maxwell Jones pessoalmente, durante uma visita ao Hospital de Dingleton, alguns anos antes. Entre os dois permaneceria sempre viva uma relação de grande respeito e consideração.

Georges Daumezon, inicialmente diretor do Hôpital Psychiatrique de Sainte-Anne e, posteriormente, do Hospital Henri-Rousselle, em Paris, desempenhou um papel fundamental na história da psiquiatria francesa, tendo sido um dos promotores da chamada psicoterapia institucional (“*psychothérapie institutionnelle*”). Esse método visava mudar as condições de vida dos internos dos hospitais psiquiátricos, conseqüentemente buscando transformar o hospital em uma instituição terapêutica.

Reproduzimos abaixo os textos integrais das duas cartas⁶⁵:

Telephone No. 2727

65 - [Nota à edição brasileira] Mantemos os textos destas cartas, bem como de declaração que virá transcrita mais adiante, em inglês e em francês, como aparecem no original da obra ora traduzida.

*Dingleton Hospital (For Nervous and Mental Disorders)
SCOTLAND, 25th October, 1968*

*Dr. Franco Basaglia,
Gorizia, Italy.*

Dear Franco,

I have just received your letter and hasten to reply.

There is, in my opinion, ample evidence that therapeutic community practice has become an integral part of psychiatry, both in the U.S.A. and in the U.K. during the last few years. The Universities and other progressive psychiatric departments have almost universally adopted a more democratic egalitarian approach to the treatment of patients and adopted many of the principles of a therapeutic community. The general feeling is that patients can do a great deal to help patients and that they should be allowed to have as much responsibility as they are able to assume at any particular time in their treatment. Moreover, the sharing of responsibility by staff ensures that they have a much greater investment in carrying out decisions and assuming responsibility.

The therapeutic community approach has been compared frequently with the psycho-analytic movement as the two most important developments in modern psychiatry. To leave the final authority to the doctor is still the accepted practice in the U.K. and the U.S.A. but such final decisions are much more likely to be balanced and wise if the opinions of the relevant people, both patients and staff, have first been taken into account. In my experience, the more these therapeutic community principles are carried out, the less unrest and violence does one see in the patient population.

With warm regards. Yours sincerely,

*Maxwell Jones
Physician Superintendent.*

PREFECTURE DE PARIS HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE
Dr. G. DAUMEZON MÉDECIN EN CHEF
Paris le 25 novembre 1968

Monsieur le Docteur Franco BASAGLIA
Hôpital Psychiatrique Provincial Gorizia (Italie)

Mon cher Ami,

C'est bien volontiers que je vous apporte mon témoignage sur la réalité des communautés thérapeutiques et plus particulièrement de votre ex-périence.

Le mot de Communauté thérapeutique a été utilisé à ma connaissance pour la première fois par les Anglais et en particulier par Maxwell Jones pour désigner, soit des hôpitaux, soit des portions d'hôpitaux, soit des portions d'institutions dont l'organisation globale était conçue comme moyen de traitement.

Cette manière de voir se distingue de la position traditionnelle qui considère chaque malade isolément et pense que le traitement de chacun doit se concevoir uniquement par des procédures individuelles, soit biologiques : médicaments, soit de psychothérapie : relation de chaque malade avec son médecin, soit encore prescription pour chaque malade d'un régime de vie particulier à l'intérieur de l'institution de soins.

La communauté thérapeutique consiste au contraire à considérer que le malade baignant dans ce nouveau milieu qu'est pour lui l'hôpital, le climat et la vie sociale de cet

ensemble sont des éléments essentiels de traitement.

Si le mot de communauté thérapeutique a été utilisé, c'est essentiellement dans les pays anglo-saxons. Des mouvements analogues se sont développés dans la plupart des pays évolués soit en même temps, soit quelquefois même avant les initiatives de Maxwell Jones.

En ce qui concerne la France ces initiatives sont désignées d'ordinaire par l'expression psychothérapie institutionnelle, ce mot indiquant que la structure de l'institution soignante doit être utilisée pour le traitement psychothérapique du sujet. Le mouvement remonte aux années de guerre et à la période d'après-guerre. Dans une conférence de 1947 au groupe de l'Evolution Psychiatrique, je résumais ce point de vue en indiquant qu'on pouvait considérer que la thérapeutique institutionnelle réalisait en une certaine manière une "Communion des Saints" où médecins malades et personnels de tous ordres participaient au traitement, où les communications devaient être organisées de façon à permettre à chaque malade de tirer parti des expériences des autres à travers ce que lui en apportait le groupe.

Les orientations sont évidemment variées entre les diverses communautés thérapeutiques ou les diverses institutions se consacrant à la psycho-thérapie institutionnelle. C'est ainsi que dans certains groupes français notamment (mais tous les groupes français ne se rallient pas à cette perspective) le modèle théorique auquel on se réfère est celui de la psychanalyse, le travail thérapeutique consistant essentiellement en une interprétation psychanalytique des réactions de groupe et éventuellement des réactions de chaque malade dans le groupe, l'aménagement de la vie de l'hôpital ayant pour but de faciliter les attitudes significatives des malades de manière à permettre plus facilement leur interprétation.

Mais d'autres orientations existent qui insistent davantage sur les facteurs proprement sociologiques, analysent les diverses structures sociales de l'hôpital et la position du malade dans cet ensemble. Il existe aussi des orientations plus directives.

Mais en tout état de cause et quelle que soit la référence adoptée, il est impérieusement nécessaire, dans la perspective des tenants de ces di-vers courants, que le malade trouve à l'hôpital un cadre de vie non répressif, le maniement des réactions du sujet étant l'essentiel de l'activité thérapeutique de la communauté. D'autre part, le but de la thérapeutique étant la réinsertion sociale, à l'inverse des conceptions traditionnelles qui faisaient de l'institution un petit monde clos, la communauté thérapeutique s'ouvre sur l'extérieur et recherche au contraire de constants échanges entre ses membres, des malades au médecins, et des membres de la communauté extérieure.

Personnellement, j'ai joué un certain rôle dans le développement d'initiatives de cet ordre en 1944 et 1951 et je n'ai cessé depuis de m'inté-resser à ces divers problèmes. Si les services qui m'ont été confiés ne m'ont pas permis de poursuivre les expériences de psychothérapie institutionnelle, j'ai participé activement au mouvement qui a multiplié ces initiatives. J'ai suivi les efforts de l'équipe de Gorizia au cours de ces dernières années de-mandant au Docteur Basaglia et à ses collaborateurs de venir exposer leur pra-tique aux médecins français qui s'intéressent à ces questions. C'est ainsi qu'au printemps dernier, sur mon invitation, Monsieur Ba.saglia a fait, dans le cadre du cercle d'Etudes Psychiatriques, une conférence sur la Communauté Thérapeutique de Gorizia à l'hôpital Sainte-Anne. D'autre part, il était amené à participer à de multiples échanges et en particulier au Colloque de Courche-vel.

Dans le mouvement général de la psychothérapie institutionnelle et des communautés thérapeutiques, l'expérience de Gorizia a une originalité propre reconnue de tous et a valeur de témoignage.

Daumézon

Maxwell Jones naturalmente ressalta o alto valor curativo da comunidade terapêutica, fazendo notar como, com tal método, diminuem inclusive os atos de violência dos pacientes. Com essa opção, também muda, porém, o poder absoluto do médico: a responsabilidade passa a ser compartilhada com o *staff* e os pacientes e as decisões, em geral, são mais sábias e equilibradas. Daumézon também fala da comunidade terapêutica, fazendo notar que, mesmo com algumas diferenças significativas entre a França e o Reino Unido, de fato, a essa altura, o mundo todo se move na mesma direção – a mesma assumida pelos Gorizianos: o paciente deve encontrar no hospital condições não repressivas, pois só assim pode desempenhar seu papel na atividade terapêutica da comunidade. Além disso, Daumézon faz ver que são inerentes ao processo terapêutico a abertura do hospital para o exterior e a busca de uma troca constante com os familiares e com a sociedade. Reconhece, enfim, à experiência de Gorizia originalidade e alto valor científico.

Dentre o material reunido há também uma carta de Christian Müller, Diretor da Clínica Psiquiátrica da Universidade de Lousanne. À época, esse instituto gozava de notável crédito no mundo científico internacional pelo rigor metodológico e pelo empenho no campo da pesquisa científica. A estrutura genérica do instituto, no entanto, era tradicional, seja na utilização da farmacologia, seja no campo das psicoterapias. Müller, em essência, não põe em discussão o valor terapêutico do hospital psiquiátrico, que critica em sua desumanidade, julgando, porém, que se possa modernizar. A carta assume especial significado exatamente porque, ao sublinhar as diferenças ideológicas (entendidas como concepções científicas diversas), reconhece em

Basaglia e em toda a experiência de Gorizia grande valor humano e científico. Nessa perspectiva, o evento criminoso deve ser lido como um fato isolado, que não compromete o acerto do método escolhido. Müller declara, ao final, sua própria admiração pela coragem de Basaglia.

**DR CHRISTIAN MÜLLER PROFESSEUR DE
PSYCHIATRIE
DIRECTEUR DELA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE
UNIVERSITAIRE DE LAUSANNE**

D é c l a r a t i o n

Connaissant le Professeur Basaglia et l'Hôpital psychiatrique de Gorizia, je désire prendre position en ce qui concerne le crime qui a été commis par un malade de son hôpital.

Tout d'abord je dois pourtant faire une remarque préliminaire: je ne par-tage pas entièrement l'idéologie du Professeur Basaglia et je tiens à souligner que je ne partage pas non plus à tous les égards son point de vue théorique concernant les maladies mentales et leur traitement.

Ceci dit il me semble important de relever que le travail accompli par le Professeur Basaglia jusqu'à présent dans son hôpital à Gorizia a une grande valeur. Je me sens absolument solidaire avec lui, et je l'appuie 100% lorsqu'il dit que depuis des générations et dans beaucoup de pays le malade mental, à tort, a été traité de façon inhumaine, qu'on a pro-longé sans raison suffisante des hospitalisations qui n'étaient rien d'autre que des séquestrations, et qu'il est grand temps de moderniser et de modifier de façon radicale nos hôpitaux psychiatriques. Le Profes-seur Basaglia n'a

pas hésité à mettre toute son énergie à l'oeuvre pour réaliser ce projet. Il a secoué les consciences endormies de beaucoup d'entre nous, et ainsi il est devenu un ferment nécessaire à une restructuration de nos institutions psychiatriques. Il s'est engagé totalement et n'a reculé devant aucun obstacle pour atteindre son but qui, répétons-le, est un but idéal et profondément humain.

Il faut d'ailleurs dire que le Professeur Basaglia n'est pas le seul, dans le monde, à avoir ouvert un hôpital psychiatrique et à avoir libéralisé un régime hospitalier. En Angleterre, par exemple, d'après les derniers renseignements recueillis, un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques ne possèdent plus de divisions fermées et il y a un passage tout à fait libre entre l'hôpital et l'extérieur.

Quant au crime commis par un malade, il faut reconnaître que c'est malheureusement aussi un fait qui n'est pas isolé et qui peut arriver même dans un hôpital des plus classiques et des plus traditionnels. Ces années passées, en Suisse également, nous avons eu plusieurs procès où des malades étant sortis d'un hôpital psychiatrique avaient commis des crimes majeurs et où l'opinion publique avait accusé le médecin-directeur responsable d'avoir permis une sortie prématurée. A ma connaissance pourtant ces procès se sont soldés par des non-lieux en ce qui concerne l'accusation portée contre le psychiatre. Certaines réactions d'anciens malades mentaux, stabilisés dans le cadre hospitalier, sont en effet imprévisibles.

La contrainte froide et impersonnelle dans une division fermée d'un hôpital psychiatrique, où le malade a peu de contact avec autrui, ne peut que renforcer en lui un sentiment de revendication et favoriser des actes asociaux.

La communauté thérapeutique que le Professeur Basaglia a introduite à Gorizia est une tentative de résoudre

les conflits dans le cadre d'un groupe et de faire bénéficier le malade de tous les éléments positifs qu'une collectivité peut donner.

En résumé je peux donc dire encore une fois ceci: il me semble erroné de vouloir attribuer un fait isolé, comme celui d'un crime commis par un malade mental, à un système hospitalier particulier. Malgré tout ce qui me sépare du point de vue idéologique du Professeur Basaglia, je désire témoigner de ma grande admiration pour son courage, son esprit de pionnier et de précurseur, ainsi que pour son dévouement total à la cause du malade mental.

Prof. C. Müller

1.3. Ano 1971

Em 29 de janeiro de 1971, o MP junto ao Tribunal de Gorizia requer a extinção do processo em relação a Alberto Miklus, com sua internação em manicômio judiciário (aliás, já efetivada) por um mínimo de cinco anos, requerendo ainda o envio a juízo de Basaglia e Slavich, para que respondam pelo delito de cooperação em homicídio culposo. O requerimento ocorre a quase dois anos e meio de distância do evento, surpreendendo também porque, já passada a primeira fase de forte impacto emocional, muitos sinais faziam com que se vaticinasse uma queda das acusações voltadas contra o pessoal médico.

Basaglia e Slavich, nesse meio tempo, já haviam deixado Gorizia, encontrando-se no Hospital Psiquiátrico de Colorno, em Parma, junto com Lucio Schittar. Basaglia voltara há pouco de uma temporada de estudos de cerca de seis meses no *Community Mental Health Center* do *Maimonides Hospital* do Brooklyn, em New York. Outros membros da equipe de Gorizia de 1968 também tinham se transferido: Giovanni Jervis e Letizia Jervis Comba estavam em Reggio Emilia; Agostino Pirella, desde junho de 1971, fora chamado a dirigir o HPP de Arezzo. Iniciara-se uma espécie de fragmentação

centrífuga do grupo inicial de Gorizia, uma diáspora a expressar a vitalidade do movimento, tendente a se difundir cada vez mais. Em Gorizia, a partir de 20 de julho de 1971, permaneceu dirigindo o hospital aberto Domenico Casagrande, cercado por uma geração de médicos cuja tarefa era manter o processo instaurado e fazê-lo progredir em um contexto que se tornara especialmente difícil, tanto fora, quanto no interior do hospital. Nesse clima, uma condenação de Basaglia poderia comportar um efeito particularmente negativo para todo o processo de mudança institucional iniciado em Gorizia e em outras partes da Itália. A aposta em jogo era alta: fácil entender, portanto, a intensidade da mobilização que vinha espontaneamente se construindo naqueles dias.

A acusação de cooperação em homicídio culposo voltada contra os médicos por um delito cometido pelo paciente já suscitava alvoroço, pois era de todo inusitada, ainda que dedutível da lei então em vigor. Mas, era evidente que a imputação se movia sob uma lógica claramente repressiva contra o processo de mudança iniciado no HPP de Gorizia. É fácil perceber a “força de barra” no envolvimento dos médicos: a licença experimental dos pacientes, àquela altura, era prática consagrada há anos, e não apenas no hospital de Gorizia; além disso, o evento delituoso era imprevisível, como claramente ressaltado pelo próprio perito do Tribunal.

A notícia do envio a júízo foi dada pelo telejornal das 20 horas, em 13 de fevereiro, e logo reproduzida com grande destaque pelos maiores jornais (especialmente extenso e documentado foi o artigo de Zincone no “Corriere della Sera”). A notícia foi divulgada ainda pela imprensa internacional (veja-se, por exemplo, o artigo do “Le Monde” de 20 de fevereiro).

As declarações de solidariedade foram espontâneas, não solicitadas, e muito mais numerosas do que as que temos em nosso poder (limitadas, como já mencionado, às mensagens que chegaram em Colorno, assim excluídas, por exemplo, as dirigidas à residência de Basaglia em Veneza, que estão em processo de catalogação na sede

da “Fondazione Franco e Franca Basaglia”, em Isola di S. Servolo, em Veneza). Há substancialmente três tipos de mensagens: primeiro, os testemunhos de amigos e colegas; segundo, os atestados de diversas entidades institucionais, sanitárias e políticas; e, finalmente, as cartas de “gente comum” (na maior parte, pacientes psiquiátricos), daqueles que ouviram ou leram a notícia nos mass media e quiseram externar sua solidariedade.

Dentre as declarações dos conhecidos de Basaglia, estão as de Sergio Piro, protagonista dos processos de inovação no sul da Itália; de Eliodoro Novello, presidente da associação dos médicos dos hospitais psiquiátricos; de Bianca Guidetti Serra, pela Associação dos Juristas Democráticos; do arquiteto Guglielmo Lusignoli, de Laura Weiss, filha de Edoardo, o aluno de Freud que introduziu a psicanálise na Itália. Em especial, há a longa carta de Ferruccio Giacanelli, um dos promotores da experiência inovadora de Perugia: **“... Mesmo não conseguindo de imediato encontrar o fio da meada, obviamente vejo uma lógica intrínseca na questão: Basaglia, e tudo o que representa, e quem está com ele, ainda incomodam... Em um nível próximo, de quem te seguiu de perto, ou te conheceu de longe, o afeto e a indignação são evidentes. Há gente (e nem tanto médicos, mas enfermeiros, doentes, estudantes) que continua a visualizar perspectivas que se solidificam no nome de Basaglia. É a minha experiência que comunico assim, sem acrescentar nada. É uma carta de um amigo que surge da notícia na TV... Se o poder retorna (ou continua) a golpear, queria que você sentisse por agora (na espera de eventuais iniciativas diversas), imediatamente, nossa solidariedade e nosso afeto...”** Basaglia enfatizaria o prazer que sentiu com essa carta.

Ainda mais numerosa é, naturalmente, a lista dos atestados institucionais. Vai de uma coleta de assinaturas feita em Roma para um “referendum nacional” a favor de Basaglia a declarações vindas do mundo sanitário e psiquiátrico. Dentre outros, vale citar o Ministério da Saúde; os médicos e enfermeiros do hospital *Antonini*

de Milão; os internos e médicos do HPP de Pistoia; os de Villa Serena em Milão; os médicos e a Comissão interna do hospital psiquiátrico “*Cerletti*” de Parabiago; o centro italiano de Antropologia Cultural; os colegas da *Clinica Malattie Nervose Mentali de Nápoles* (“... **sua atuação deve continuar a ser um dos pontos de referência para aqueles que se recusam a fazer da atividade psiquiátrica uma prática coercitiva, discriminatória, classista e repressiva...**”); a assembléia do Instituto de Psicologia do Conselho Nacional de Pesquisas (... **denuncia o caráter repressivo de tal requerimento de incriminação em face dos impulsos inovadores hoje presentes em algumas instituições psiquiátricas italianas...**); os participantes do Simpósio ítalo-esloveno-croata de Psiquiatria Social; o Presidente da Sociedade Italiana de Psiquiatria, prof. Lorenzo Cazzullo; a *Associazione Medici Organizzazioni Psichiatriche Italiane* (AMOPI) de Modena; e, especialmente, o Escritório Nacional da AMOPI, que se dirige ao Ministro da Saúde: “... **O episódio judiciário de que são protagonistas os colegas, independentemente de nossa plena convicção de que se concluirá com o pleno reconhecimento da validade de uma atuação profissional que conta com toda nossa solidariedade, de fato recoloca, junto às tristes condições da assistência psiquiátrica na Itália, a necessidade de elaboração de novas normas no campo da tutela da saúde mental. Estas, como demonstra esse próprio episódio, só podem se fundar no afastamento de qualquer lei especial na matéria e, portanto, na ab-rogação dos dispositivos legais atuais que, se, de um lado, autorizam situações tão frequentemente denunciadas, inclusive por nós, por outro lado, obstaculizam gravemente o pleno desenvolvimento de iniciativas terapêuticas como aquelas pelas quais os Colegas ora correm o risco de ser incriminados. Certos de que a magistratura saberá avaliar corretamente a finalidade terapêutica de intervenções que são norma quase cotidiana de nossa atuação de psiquiatras não acomodados, submeto tal questão, mais uma vez, à atenção de V.Sa., em nome do Conselho Diretor da AMOPI, para que, com a**

reforma sanitária, possamos logo eliminar qualquer discriminação entre os cidadãos com base em características derivadas de seus distúrbios, sejam esses somáticos ou psíquicos...” Incidentalmente, essa carta confirma como, a partir da interpelação ministerial de 1968, foi-se construindo, por todo o decênio, a exigência de uma nova legislação e como o debate, científico e político, já se movia com base em hipóteses concretas. Essa observação deve ser feita para contestar os supostos voluntarismo e improvisação da Lei 180 que, para alguns críticos, teria se originado simplesmente de uma apressada decisão de evitar o referendun dos radicais de 1978.

Também foram muitos os atestados de entidades locais: regiões – como a Umbria –, municípios – Pistoia, Vercelli –, províncias – Bolzano, Bolonha, Modena, Perugia. Em especial, o conselho provincial de Perugia subscreveu, em sessão extraordinária, um documento a ser enviado ao Ministro da Saúde, ao Presidente da Região Umbria, ao Presidente do Conselho Regional, aos Presidentes dos grupos parlamentares do Senado e da Câmara dos Deputados: **“O Conselho...visualiza nesse requerimento de incriminação iniciativa que objetivamente ameaça fazer retroceder, em anos, as conquistas da moderna psicoterapia e o processo de desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos na Itália; expressa sua solidariedade professor Basaglia e ao doutor Slavich, lembrando que a experiência do Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, sob a direção do professor Basaglia, representou um primeiro e decisivo momento de ruptura com os velhos métodos de exclusão e repressão psiquiátrica em prejuízo daqueles que sofrem em sua própria personalidade as contradições sociais e as carências humanas do ambiente em que são levados a viver; reafirma, para hoje e para amanhã, a validade da linha até aqui seguida, em relação à qual diretamente se responsabiliza e se empenha, para que, superando-se a prática de exclusão e institucionalização, o problema das doenças mentais sirva para pôr em discussão, não só as vítimas, mas também o sistema social e os fatores e mecanismos patogênicos que nesse**

se enraízam; decide apresentar esse documento às demais Administrações provinciais da República Italiana, a fim de chegar, nessa perspectiva, a uma comum tomada de posição responsável e clara.”

Organizações sindicais também tomaram posição: a Comissão interna do HPP de Gorizia, a CGIL-CISL do HPP de Arezzo, o Sindicato Nacional das Entidades Locais e Hospitalares da CGIL (“... **Os trabalhadores hospitalares, reafirmando a validade da luta para transformar a sociedade, estão próximos de você e expressam toda sua solidariedade e estima.**”). Finalmente, transcrevemos parte da carta do comitê provincial de Trieste da ARCI (Associação Recreativo-Cultural Italiana): “... **na Itália, nos hospitais psiquiátricos, morre-se nos leitos de contenção e milhares de cidadãos sofrem a realidade da ‘exclusão social’ nas instituições repressivas. Em vez de se voltar contra os responsáveis por essa situação, a magistratura abriu um procedimento contra você. Está claro, pois, que, se voltando contra você, quer se atingir um modo novo de enfrentar o problema psiquiátrico e, sobretudo, atingir e desencorajar tudo aquilo que de novo surge na Itália. Nossa solidariedade para com você será por nós expressa, mostrando a todos que, enquanto ARCI, podemos atingir o que foi e o que é a experiência de Gorizia, bem como abordando os problemas das doenças mentais em uma série de debates públicos nos bairros, já iniciados no mês em curso. Saudações fraternas...**”

Particularmente tocantes são as cartas dos pacientes, ainda que se deva ter em conta a natural mitificação da figura do médico assistente, habitualmente registrada no interior da relação terapêutica por quase todos os pacientes.

Especial relevância têm as cartas de pacientes que conheceram Basaglia pessoalmente, como os membros da Comunidade terapêutica de Gorizia: “**Estamos todos próximos do senhor, de coração, e estamos todos prontos a sustentar, no campo nacional, qualquer forma de luta que o senhor entender mais oportuna**”. Ou como Wanda Viotti: “... **Ihe prestamos perene gratidão pelo bem**

que nos fez. Peço que me chame como testemunha...” Igualmente intensos são os testemunhos dos familiares. Em um caso, lê-se: “... **Está sempre viva em mim sua nobre e humana obra desenvolvida em relação à minha família; através de seu método psicoterapêutico, trouxe à minha esposa a alegria de viver, livrando-a daquela obsessão depressiva infernal em que vivia há muitos anos...**” O valor dessa prática terapêutica também é enfatizado em outros casos, contrapondo-a aos horrores do passado: “... **Aturcidas e profundamente tristes com o que lhe foi imputado, expressamos ao senhor nossa viva solidariedade e permanente admiração por tudo que se originou de sua nobilíssima alma a favor dos pobres doentes mentais. V.Sa., Senhor Professor, conseguiu, em empreendimento excepcional, transformar o Hospital Psiquiátrico de Gorizia do verdadeiro ‘lagher’ que era em uma clínica de tratamento modelo, única na Itália...Esquece-se, pois, o método positivo, seu obrar extraordinário, a moderníssima terapia que fez milagres, salvando tantos internos da apatia e da brutalidade a que estavam reduzidos os doentes daquele hospital. Queira receber, Ilustre Professor, os sentimentos de nossa indefectível estima e permanente gratidão, de modo especial por ter melhorado em muito as condições físicas e psíquicas de nosso caro L.**”

Há ainda fulgurantes testemunhos de quem não conheceu Basaglia pessoalmente, mas sentiu o dever de testemunhar-lhe o quão importante foram e poderiam continuar a ser no futuro seu trabalho e suas idéias. “... **Da Certosa manicomial, minha morada, com sincero tom da minha Musa, sirene heráldica de meus pensamentos e sentimentos, quero expressar-lhe, como os intelectuais e as diversas organizações, minha plena solidariedade, louvando com loucura pensante sua iniciativa de alto valor humanitário, civil e social. Assinado: C.A. Hospital Psiquiátrico de Collegno, Seção 9...**” Basaglia, nesses casos, sempre respondia, mostrando-se solícito e atento: “... **Agradeço profundamente sua solidariedade. Faça votos que deixe logo o hospital onde está internado.**”

Como os círculos na água de um pântano que se estendem ao infinito, cada vez mais se sentiam envolvidos outros indivíduos, desconhecidos e distantes, mas próximos na comunhão de ideais e desejo de mudança: **“Egrégio Diretor, sou um alcoolista crônico com cirrose hepática e estive internado nos hospitais psiquiátricos de Torino por quatro anos; nos dois primeiros anos os hospitais de Torino eram verdadeiros campos de concentração e nos dois últimos anos, adotando seu sistema de Gorizia, começávamos a nos sentir refeitos, o hospital parecia ter se transformado de cárcere em casa de tratamento; eu era um dos melhores ativistas que protestavam escrevendo para os vários jornais da Itália sobre os escândalos dos hospitais psiquiátricos de Torino; com protestos de doentes, de estudantes universitários, médicos, enfermeiros conseguimos levantar o cerco daquelas enfermarias infernais que mantiveram enclausuradas durante séculos, quatro gerações de homens; chegamos às portas abertas e de novo se sentia vontade de viver aquela pouca vida que Deus nos deu para viver. Os doentes mais alegres, menos suicídios, sem camisa de força e contenção, gente que vai e vem em contato com a sociedade que, por anos, repeliu-nos e com conversas, com assembléias, procurava-se fazer entender que também nos hospitais psiquiátricos há gente recuperável. Egrégio Diretor, com as notícias lidas na imprensa em vinte e quatro de fevereiro fiquei muito oprimido, enquanto uma magistratura possa condenar o senhor é como condenar milhares de nós pobres desventurados a voltar aos tempos das camisas de força, àquela terrível contenção nas enfermarias fechadas. Antes de voltar aos métodos de antes, é melhor uma câmara de gás e não nos fazer sofrer mais; não é justo que por um devamos pagar milhares de nós infelizes que não temos culpa. Egrégio Diretor, um conselho, peço que me desculpe, nas vossas reuniões e conferências é preciso fazer entender à constituição que os manicômios devem ser abolidos e criadas casas de tratamento confortáveis e não cárceres como são ainda hoje os vários manicômios da Itália, onde**

existem histórias miseráveis, suicídios, instigações, exploração chamada ergoterapia e, o senhor tem muito mais experiência do que eu, todas essas casas de punições não ajudam a recuperar os doentes, em muitos casos pioram o estado de saúde e tornam o doente privado de qualquer esperança de retornar à sociedade, que infelizmente é uma sociedade muito doente e agrava nossa situação de voltar a ser cidadãos livres; penso que os senhores se sentem mal como médicos psiquiátricos, como nós nos sentimos mal por muitos fatores, o primeiro o bom senso das famílias e o bom senso da sociedade que nos descarta a cada minuto do dia e nos elimina moralmente e em muitos casos financeiramente, pois não nos dá trabalho. Respeitosamente. Assinado: L.M.”

Há ainda as “pessoas comuns”, aquelas não diretamente atingidas pelo problema da doença, mas que sentem necessidade de participar emocionalmente do evento: **“Sou formado em direito e comerciante de máquinas e utensílios... Quero transmitir-lhe meus sentimentos de mais forte consideração, alinho-me totalmente ao seu lado; considere-me à sua inteira disposição para tudo que se fizer necessário...”**

... E junto ao “formado em direito” há tantos outros nomes, alguns indecifráveis, tantas pessoas, tantas histórias...São declarações, testemunhos, que nos fazem compreender o quanto o processo de reforma foi verdadeiramente resultado de uma presença harmoniosa, que, em sua determinação e coragem, tornou possível o impossível.

2. Perspectivas de reforma da imputabilidade e do correspondente tratamento sancionatório

Francesco Maisto (*)

2.1. A sentença *Raso* e o Projeto *Grosso*

O alinhamento de enfoques jurisprudenciais aos resultados da pesquisa interdisciplinar, fundante de projetos de lei de reforma, inclusive setorial, do ordenamento jurídico não é fenômeno novo na história italiana das relações entre evolução normativa e evolução jurisprudencial. Em tal contexto, não é de se espantar que a sentença *Raso* das Seções Reunidas da Corte de Cassação⁶⁶ chegue aos mesmos resultados do (penúltimo) projeto de reforma do código penal – o chamado projeto *Grosso* – sobre a questão da relevância dos distúrbios da personalidade, enquanto causa idônea a excluir ou reduzir significativamente, em via autônoma e específica, a capacidade de entender e querer. Na verdade, um exame atento dos pontos-chave do aprofundado, inusitado e original iter motivacional da sentença põe em evidência algumas fundamentais passagens argumentativas comuns, que enfatizam inclusive os dois Relatórios do Projeto *Grosso*⁶⁷ em matéria de inimputabilidade.

Surgem relevantes pelo menos três linhas de argumentação comuns

(*) Francesco Maisto é Presidente do Tribunal de Execução Penal de Bologna. Intervenção, análoga ao presente artigo, foi apresentada pelo Autor por ocasião de seminário promovido pela Região Toscana e pela Fundação Michelucci; os registros do seminário foram reunidos posteriormente no volume “*Ordine & Disordine*” (2007), Fondazione Michelucci, Firenze.

66 - Cass. S. U. 25.1.- 8.3.2005, n° 9163, in DPP, 2005, 843 ss., com Comentários de M. Bertolino, *ivi*, 853; in CP, 2005, 1862 ss., com nota de G. Fidelbo, *Le Sezioni unite riconoscono rilevanza ai disturbi della personalità*, *ivi*, 1873 ss.; in RIDPP, 2005, 410 ss., com nota de M. T. Collica, Anche i “*disturbi della personalità*” sono infermità mentale, *ivi*, 421 ss.; mas, v. também F. Centonze, *L'imputabilità, il vizio di mente e i disturbi di personalità*, in *ibid.*, 247 ss.

67 - in RIDPP, 2001, 574 ss. E in <http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/riforma/articolatogrosso.htm>.

aos dois “elaborados”, voltados para a motivação da necessidade da reviravolta interpretativa da enfermidade, de modo a compreender também um “outro grave distúrbio da personalidade”.

O primeiro argumento, comum à sentença e ao Relatório do Projeto, diz respeito à relevância do conceito de pena, a ser privilegiado em relação à determinação dos limites da imputabilidade, sendo óbvio que, da ótica retributiva ou da preventiva, em especial, no aspecto da ressocialização, derivam consequências diversas sobre os limites da imputabilidade (cfr. § 4.2. Cass. cit. e Rel. pag.1). Portanto, seja o espaço interpretativo, seja o reformador não podem se limitar ao perfil epistemológico, devendo sim ter em conta os possíveis e diversos tratamentos sancionadores como um todo⁶⁸.

O raciocínio da Corte – para dizer a verdade, bastante difuso – articula-se ao longo de duas diretrizes essenciais: em uma leitura sistemática, orientada pelos princípios constitucionais da individualização da responsabilidade penal e da função re-educativa da pena, a imputabilidade não deve permanecer estranha ao conjunto dos elementos que justificam a punição do autor do crime, na perspectiva da “reprovabilidade” de seu comportamento, de sua “culpabilidade”. Quaisquer que fossem as opiniões dos compiladores do código, a imputabilidade não pode, a essa altura, ser “mera capacidade de pena”, consistindo muito mais em “capacidade de crime, ou melhor, capacidade de culpabilidade”. Nesse sentido, é evocada a jurisprudência constitucional sobre a pertinência da “culpabilidade” – no significado mínimo de consciência da antijuridicidade do comportamento – com a estrutura constitucionalmente imposta ao fato criminoso (é amplamente citada, em especial, a decisão que afirmou a parcial ilegitimidade do art. 5º CP: sent. no 364, 23-24 março 1988). O sentido da reflexão é evidente: toda margem interpretativa há de ser utilizada para o fim de assegurar a correspondência entre o conceito normativo de imputabilidade e a capacidade efetiva do agente

68 - D. Pulitanò, *L'imputabilità come problema giuridico*, in AA.VV., *Curare e punire*, Milano, 1985.

de compreender o desvalor da conduta e se comportar de acordo com as prescrições do ordenamento.

O segundo argumento, comum ao pensamento do Reformador e do Juiz de legitimidade, diz respeito à preocupação de “assegurar as condições da melhor **adequação do sistema jurídico ao saber científico**” (pag.3 § 2º Rel. Proj.), não se podendo “prescindir, em cada caso, dos conteúdos do saber científico” no enfoque do plano do juízo normativo após o preliminar juízo biológico (§ 11.0 Cass. cit.).

Em terceiro lugar, surge comum tanto à linha interpretativa quanto à legislativa a necessidade de **“utilizar conceitos ‘abertos’, que, respeitando o princípio da legalidade, definam de modo claro os parâmetros de referência, permitindo, ao mesmo tempo, uma adequação flexível ao mutamento (ao progresso?) dos conhecimentos científicos e, em geral, às concepções pertinentes”** (pag.2 § 2º Rel. Proj.). Com efeito, a sentença (§ 12), após evocar as características “cláusulas abertas” das mais recentes legislações de outros países, qualifica tais fórmulas “abertas” como “idôneas a atribuir relevância também aos distúrbios da personalidade, para os fins da imputabilidade do sujeito ativo”. Nesse ponto, não seria deslocado falar, não apenas de ação sinérgica ou de reforço recíproco entre as argumentações da sentença e as dos dois relatórios do Projeto Grosso, mas também de uma maturação no tempo do tema da imputabilidade por uma reflexão jurisprudencial do mais alto nível.

2.2. Necessidade da Reforma

É notório, porém, que as incertezas de juízes e peritos (plasticamente representadas no caso definido pelas Seções reunidas) são frequentes e relevantes, desorientando a opinião pública, inclusive recente, interessada nesse, mais do que em outros temas, dada a gravidade dos acontecimentos em que, em geral, é posto, dentre outros, o problema da capacidade de entender e querer do acusado. Com efeito, ao típico caráter opinativo em que se manifesta a aplicação de um parâmetro normativo (como, certamente, é a imputabilidade) se soma a forte

conotação crítica da ciência psiquiátrica, historicamente⁶⁹ marcada pelo confronto entre divergentes visões da patologia mental, das concepções puramente biológicas de suas origens até o movimento da chamada antipsiquiatria.

Se é verdade que hoje prevalece um enfoque de tipo integrado ao fenômeno do desconforto mental, o ponto de equilíbrio entre as diversas sensibilidades permanece variável e discutível. É claro que toda mudança dos limites dentro dos quais a noção de doença é contida pela ciência psiquiátrica se resolve, mais ou menos diretamente, em um ajuste da composição, ínsita ao sistema jurídico-penal, entre lógicas de garantia individual e exigências de prevenção. Nessas condições, segundo alguns, manifesta-se forte déficit de taxatividade (posto na base inclusive de exceções de legitimidade constitucional, previsivelmente resolvidas pela Consulta no sentido da manifesta inadmissibilidade: ord. no 374, 29 novembro-2 dezembro 2004).

Diante deste quadro de qualificadas incertezas do mundo jurídico, de instável alarme social e contrastes científicos, mostra-se cada vez mais necessária uma reforma da vigente legislação sobre a inimputabilidade por enfermidade. Certamente, a estrutura do art. 94 do Projeto Grosso, assumindo traços comuns aos da sentença Raso, se, de um lado, mostra-se “ampliativa e promotora da adequação da expressão enfermidade” (para usar as palavras de M. Bertolino em seus comentários às Seções Reunidas)⁷⁰, por outro lado, seguramente, mostra-se **idônea a uma distinção rigorosa** entre as várias condições psíquicas que podem ou não integrar o conceito de enfermidade, pondo-se de maneira mais ou menos consciente como “barreira” à temível prática judiciária de mera ratificação dos resultados periciais e excessivo recurso à absolvição por falha na imputabilidade. Barreira, aliás, de certa urgência, para o êxito da recente evolução da disciplina da periculosidade social e das

69 - Para uma reconstrução histórica do conceito de imputabilidade, a partir das doutrinas da escola clássica: A. Manna, *L'imputabilità nel pensiero di Francesco Carrara*, in IP.2005,467 ss.

70 - Ainda em M. Bertolino, cit.

consequentes medidas de segurança. Todavia, a urgência não estaria a justificar a omissão de opções progressistas indicadas pela doutrina mais atenta às garantias e pelas ciências do comportamento, como a abolição do duplo binário penas/medidas de segurança e da suspeita categoria da periculosidade social.

A necessidade dessa reforma do conceito de imputabilidade, enquanto norma básica de uma Reforma do código, ou enquanto norma básica de uma Reforma “setorial” abrangente, com perfis interdisciplinares – substanciais, processuais, de execução penal e *ordina* mentais –, deriva também do caráter ilusório da “resistência” da ordem normativo-interpretativa vigente.

É verdade que, no estágio atual, não têm sido proferidas decisões de Seções da Cassação em desconformidade com a sentença Raso; aliás, vale remarcar a decisão conforme de no 16574 da 1ª Seção, em 3 de maio de 2005 (“...aos distúrbios da personalidade também pode ser atribuída uma atitude, cientificamente aceita, a se propor como causa idônea a excluir ou reduzir significativamente a capacidade de entender e querer do sujeito ativo; princípio que se põe em perfeita consonância com o disposto no art. 85 CP e com a orientação constitucional. Os distúrbios da personalidade devem, porém, ser de consistência, relevância e gravidade tais de modo a concretamente incidir sobre a capacidade de entender e querer; com efeito, estes, como em geral os de neuroses e psicopatias, mesmo quando não enquadráveis nas figuras típicas da nosografia clínica inscritas no mais estrito rol das doenças mentais, podem constituir ‘enfermidades’ ainda que temporárias, para os fins dos artigos 88 e 89 CP, determinando, pois, o mesmo resultado de prejudicar total ou significativamente a capacidade de entender e querer”), mas, por outro lado, não se podem silenciar as preocupações com os efeitos de aplicações excessivamente abertas das duas sentenças pontuais da Corte Constitucional de ilegitimidade constitucional do art. 222 CP (internação em HPJ) e do art. 206 CP (aplicação provisória das medidas de segurança), na parte em que permitem ao juiz, nos casos previstos, adotar, no lugar da internação em hospital psiquiátrico judiciário, medida de segurança diversa, prevista em lei, idônea para

assegurar tratamentos adequados para o doente mental e para fazer frente à sua periculosidade social (Corte Constitucional, sentenças no 253 de 2 de julho de 2003 e no 367, de 17 de novembro de 2004).

2.3. Os projetos de Reforma

O grande alcance da sentença *Raso* já justificaria o destaque dado à sua motivação, inclusive pelas sinalizações às perspectivas de Reforma, tomadas em consideração, de um lado, no § 4.0, com o fim de marcar a distância, no seio do garantismo, em relação à datada doutrina sobre a “crise do conceito de imputabilidade” e às correlatas propostas de abolição dessa própria categoria, concretizadas nas propostas de lei no 177 de 1983 e no 151 de 1966, e assumidas, por outro lado, com a citação de cada artigo (§ 13.0), desde o Projeto *Pagliario*⁷¹ ao Projeto *Ritz*⁷², até as duas versões do Projeto Grosso, qual uma confirmação da exatidão da abrangência do grave distúrbio da personalidade, como ulterior e possível condição de enfermidade.

Pareceria possível, nesse ponto, sustentar uma posição unânime sobre a “fórmula aberta”, assim como formalizada, podendo surgir como ainda atual o destaque de autorizada voz da doutrina, segundo a qual a Corte de legitimidade **“finalmente, abriu os olhos para ver aquilo que já estava diante dos olhos de todos”**⁷³. Mas, recentemente, o próprio prof. Grosso⁷⁴, recomendando **“grande atenção”** para a matéria da imputabilidade, augurou uma **“nova formulação das causas de incapacidade, total ou reduzida, a sustentar o conceito de enfermidade enquanto causa de não-punibilidade ou redução da**

71 - O Projeto foi publicado em M. Pisani (org.), *Per un nuovo codice penale*, Padova, 1993.

72 - O Projeto foi publicado, juntamente com o Relatório introdutivo, in RIDPP, 1995, 927 ss.; sobre esse ponto, v. ainda I. Merzagora, *L'imputabilità nel disegno di legge no 2038 (Libro primo del codice penale)*, in *Rass.lt.crim.*, 1996, 227 ss.

73 - M. Bertolino, in *Dignitas*, no 5/2005.

74 - In *“Alcune priorità per la Riforma del sistema penale sostanziale”*, in *Un progetto per la giustizia-Idee e proposte di rinnovamento*, orgs. L. Pepino e N. Rossi, Milano, 2006, pag.233.

pena”, acrescentando que o conceito usado no Projeto, “utilizando uma noção que, nos debates especializados, não goza de compartilhamento incontestado, deverá, portanto, ser repensado, considerando as diversas orientações científicas que dividem os estudiosos da matéria”.

Até desnecessário assinalar que este último Projeto deixa para trás a formulação mais restritiva do chamado Projeto *Nordio*⁷⁵, evocada na sentença Raso, embora com o limitado escopo de confirmar o ancoradouro comum da noção de enfermidade. Com efeito, está bastante claro que, mesmo se movendo, como recita o Relatório da Comissão (pag.29 § 2º), pela irrenunciabilidade da referência à enfermidade e declarando ter presentes as diversas orientações fundadas nas clássicas conquistas científicas da psiquiatria, da criminologia e da medicina legal, este texto mais redutivo tem por objetivo evitar o que qualifica de **“dispersões aplicativas – abertas a todos os mais originais e diversificados fenômenos, numa perspectiva meramente psicológica ou emocional – quando nunca para impedir, nesse delicado campo, fórmulas genéricas e onicompreensivas do tipo ‘distúrbio psíquico’, ‘distúrbio da personalidade’ (fenômenos, conforme práticas censuráveis, avaliados inclusive por não-especialistas, psiquiátricos ou médico-legais, com base em parâmetros socioculturais, do tipo da abusada figura do sujeito dito ‘border-line’)”**. Resta claro que o projeto *Nordio*, mesmo descrevendo a incapacidade de entender e querer como “possibilidade de compreender o significado do fato e agir de acordo com tal valoração”, ampara-se unicamente na enfermidade, à diferença do Projeto *Pagliari* que articula, ao lado da “enfermidade mental”, “outra anomalia” (sem ulteriores especificações), com conseqüente perda de determinação, e à diferença do projeto *Ritz* que, ao lado da enfermidade em geral – e não só mental – articula a eventual “gravíssima anomalia psíquica”, de sentido excessivamente restritivo. A noção de “grave anomalia” é retomada pelo Projeto Preliminar *Grosso*, no sentido mais completo de incidência sobre “condições mentais”, de modo a “compreender a ilicitude do

75 - publicado in CP., 2005, 243 ss.

fato e agir de acordo com tal valoração”. Mas, tal noção de anomalia é substituída no texto de 26 de maio de 2001 pela de “grave distúrbio da personalidade”, essa também, como no texto precedente, incidente nas “condições mentais” (diferente do “estado mental” dos Projetos Pagliaro e *Ritz*), como capacidade de “compreender o significado do fato ou de agir de acordo com tal valoração”.

Podemos, então, realizar um esforço ou uma reflexão suplementar, motivada por algumas constatações. Por mais que se trate de perfil léxico e semântico, levando-se em conta que as disciplinas jurídicas têm a característica peculiar de conter pouquíssimos termos realmente sinônimos, logo se anuncia – às vezes com vestes críticas ou polêmicas, e outras vezes com sub-reptícia repetitividade – uma série de argumentações que, com o transcorrer do tempo, vão perdendo cada vez mais o contato com os conhecimentos das disciplinas psiquiátricas, adquiridos, ao contrário, de maneira suficientemente estável. Assim acontece, por exemplo, com os distúrbios da personalidade, como atualmente se tende a denominar um vasto e complexo âmbito, grosso modo, coincidentes com os limites de psicopatias, chegando a ser definidos como “simples anomalias de caráter”, quando há muito tempo já é sabido que estes constituem, na realidade, entidades bastante complexas e articuladas.

A técnica legislativa deveria, então, ser menos sintética e mais descritiva, não permitindo assim que um “termo científico” possa ser reconduzido a múltiplos e diversos diagnósticos. Foi, e é, essa a orientação das Regiões Toscana e Emilia Romagna, escoltadas por ampla reflexão interdisciplinar promovida pela Fundação **Michelucci** de Fiesole e também com base no debate entre os operadores de saúde mental do Serviço Sanitário Nacional e da Administração Penitenciária, orientação essa formalizada nos projetos de lei ex. art. 121, II Const., apresentados na precedente legislatura e prontos para apresentação na que apenas se inaugurou. Embora esses articulados utilizem os termos clássicos de imputabilidade, capacidade de entender e querer e enfermidade, em primeiro lugar, definem a capacidade negativamente, como a “de quem não apresenta graves alterações da consciência e análise da

realidade, sendo capaz de avaliar o sentido dessa análise em relação à própria conduta”. Em segundo lugar, relacionam a inimputabilidade à enfermidade, ou à “grave anomalia psíquica”, ou ainda à “grave diminuição sensorial”, produtoras de um “tal estado mental que exclua a capacidade de entender e querer”.

Facilmente se percebe que mesmo essa linha de pensamento se move no sulco dos Projetos *Grosso*, *Ritz* e *Pagliari*, claramente divergindo da orientação “radical”, que, etiquetada como ideológica pelo Relatório do Projeto *Grosso*, independentemente da necessária reserva garantista, estaria a repropor a ambiguidade e a periculosidade de uma sanção penal detentiva, mais ou menos atenuada, mas, de todo modo, necessariamente terapêutica.

2.4. O tratamento dos sujeitos inimputáveis

Bem sabem os especialistas das ciências do comportamento e os estudiosos das “fórmulas mágicas” das ciências jurídicas o quanto conceitos e palavras podem ser manipulados, igualmente conhecendo perfeitamente a preponderância do “*factum*” sobre o “*dictum*”, bem como o impacto da material e concreta substância aflitiva ou punitiva sobre a vida das pessoas envolvidas no circuito penal. Nesse quadro, constitui ensinamento exemplar o “embuste das etiquetas” que se aninhou na história do conceito de periculosidade social e nos institutos jurídicos e materiais das medidas de segurança detentivas. Sem deixar de recordar as fundadas motivações dos movimentos de pensamento crítico e práticas alternativas à institucionalização total, convém que nos limitemos a constatar que, embora com amplas diferenças, todos os Projetos de Reforma perpetuam a periculosidade social e as medidas de segurança, ainda que com novas denominações. O Projeto *Grosso*, lúcida e realisticamente sintonizado com o modelo italiano de Reforma psiquiátrica, embora acolhendo a instância doutrinária e clínica de substituição do critério da periculosidade social pelo da “necessidade de tratamento e controle, determinado pela subsistência das condições de incapacidade que deram causa ao delito”, de competência institucional

diversa da justiça penal e, portanto, em elogiável ótica redutora (de limitação aos delitos dolosos ou culposos contra a pessoa ou contra a incolumidade pública, ou aos delitos contra o patrimônio puníveis com reclusão – mas, segundo o diverso sistema sancionatório da Reforma), não escapa, ao final, de se ancorar no “perigo concreto”, para a internação em uma “estrutura fechada” com finalidades terapêuticas.

Diversamente, o Projeto *Nordio*: não renuncia a definir o “estado de periculosidade social”, mas, subsumindo na definição geral os elementos que, no Projeto *Grosso*, representam apenas as condições para a aplicação das medidas, prevê, dentre outras, “a internação em uma estrutura judiciária de custódia com finalidades terapêuticas”.

O Projeto das Regiões que, vale repetir, sendo setorial, engata-se no vigente sistema sancionatório, não tendo podido levar em conta a recente Lei no 251 de 5 de dezembro de 2005 (a chamada lei *Cirielli*), de todo modo, inverte a ordem entre periculosidade e medidas de segurança, limitando a aplicação de quaisquer medidas de segurança aos delitos dolosos punidos com reclusão superior a dois anos e o encaminhamento a uma instituição somente a hipóteses de delitos dolosos punidos com reclusão não inferior a dez anos. A noção de periculosidade social é integrada, para além da probabilidade de prática de novos delitos, com indicadores de verificação obrigatória:

- a gravidade do fato e a circunstância do crime ser uma reiteração de precedentes condenações especialmente relevantes;
- as condições que determinaram a incapacidade de entender e querer; a relevância e subsistência das mesmas; a adesão a possíveis intervenções terapêuticas;
- a concreta situação relacional e ambiental, inclusive em consequência do crime cometido.

Em seguida, o Projeto dispõe sobre normas organizacionais e, conscientemente, normas de natureza regulamentar, a fim de garantir a efetiva regionalização das instituições, a redução de suas dimensões, a vigilância atenuada, o encaminhamento ao centro psiquiátrico de diagnóstico e tratamento de uma instituição

penal por excepcionais exigências de segurança (por determinação da Administração penitenciária, recorrível nos termos do art. 14 ter O.P.), a distinção entre autonomia organizacional e de gestão interna do S.S.N. e gestão do serviço de custódia externa por parte do DAP.

As modificações de caráter processual dizem respeito à perícia, destinada exclusivamente à verificação da imputabilidade, enquanto a determinação da periculosidade social é reservada ao juiz. Disciplinam-se, em seguida, o quesito pericial, o procedimento das operações periciais, com especial referência à pluralidade das visitas, o quadro dos peritos psiquiatras. O juiz deve motivar sua decisão sobre a imputabilidade de maneira específica e não com mera referência às conclusões periciais. De especial relevância, enfim, – embora um tanto desatualizada em relação à recente Lei no 46, de 20 de fevereiro de 2006 (a chamada lei *Pecorella*) sobre a irrecorribilidade das sentenças absolutórias por parte do MP e da Parte Civil, que, assim, contempla a impossibilidade de um segundo juízo de mérito com base em novas perícias determinadas pela Corte de Apelação – a previsão da ampliação da disciplina da revisão, nos termos dos arts. 629 ss. CPP, das sentenças de absolvição por incapacidade e das sentenças condenatórias fundadas na imputabilidade do condenado, no caso de inconciliabilidade com homóloga decisão contida em outra sentença transitada em julgado, e no caso de inconciliabilidade com decisão do magistrado ou do tribunal da execução penal.

As incertezas, as demasiadas incertezas acumuladas em décadas, especialmente nesse setor do ordenamento, em que se somam crises e crises – da crise da imputabilidade à da capacidade de entender e querer, à da enfermidade, à crise do próprio conceito de doença em geral, para não falar da doença mental, até à crise da noção de periculosidade social –, exigem, afinal, algum ancoradouro, mas acredito que a tentação autoritária das certezas impostas terá vida curta. Com efeito, também na normatização da era da globalização, é preciso ajustar contas com uma visão do ordenamento que, ainda que

se queira esquecer a lição de Flavio Lopez de Onate e de Calamandrei⁷⁶, deve, de todo modo, excluir a certeza dos objetivos realistas de um ordenamento pós-moderno. Como, com efeito, ensina Gustavo Zagrebelsky⁷⁷, **“a fixidez, que é um aspecto da certeza, não é mais elemento portador dos atuais sistemas jurídicos, o déficit de certeza daí derivado não podendo ser remediado... Quando muito, deve-se pensar em organizar essa tendência à transformação, intrínseca ao ordenamento, de modo a não torná-la destrutiva de outros valores, como a igualdade jurídica, a previsibilidade, a imparcialidade e o caráter não-arbitrário da ação administrativa e judiciária”, pois “... é duvidoso que a certeza seja mesmo desejável!”**

2.5. O Projeto Pisapia

Os princípios da delegação ao Governo para promulgação do novo Código Penal, elaborado pela Comissão presidida pelo advogado G. Pisapia, acolhem todos os argumentos críticos até aqui expostos e, utilizando técnica normativa descritiva que explicita escolhas decisivas e claras, finalmente dissolvem as antigas fórmulas híbridas secularmente cristalizadas.

As misturas entre pena e tratamento, entre responsabilidade penal e terapia, são finalmente superadas. A imputabilidade encontra sua colocação sistemática no Título III: O crime, no art. 22, e definitivamente desaparece a tão infame categoria da periculosidade social; em consequência, o Título IV dita somente a disciplina das penas, distinguindo-as em penas pecuniárias, penas de interdição, penas prescritivas (dentre as quais não estão configuradas medidas de tratamento e/ou de controle) e penas detentivas. A consequência adquire um caráter épico, pois são abolidos não só o HPJ e a Casa de tratamento e custódia, mas também todas as outras medidas de segurança pessoais – detentivas e não-detentivas – e patrimoniais.

76 - *La certezza del diritto*, Milano, 1968, pag.167 ss.

77- *Il diritto mite*, Torino, 1992, pag.202 ss

O art. 22, alínea a do Título III define e disciplina a imputabilidade, antes de tudo, com consciente descrição negativa – não aproximativa: não é imputável quem não tem a capacidade de entender e querer. Trata-se, portanto, de definição, até aqui, bastante ampla.

O art. 23, por sua vez, se limita-se a prever, sem nenhuma definição, a capacidade reduzida, indicando, em seguida, as finalidades do tratamento e o regime sancionatório. Naturalmente, permanece inalterado o critério temporal de vinculação da imputabilidade ao *tempus commissi delicti*. À verificação e declaração de inimputabilidade, de todo modo, vincula-se à aplicação de uma medida de controle e tratamento.

Introduzidas categorias eventualmente alternativas à capacidade de entender ou de querer, prossegue-se, na alínea b, com a linha descritiva e explicativa de fórmulas amplas e abertas, que tratam a incapacidade como inadequada ou de inexistente compreensão do significado do fato ou, de todo modo, de agir segundo tal capacidade de valoração. A amplitude da fórmula estaria a permitir a subsunção direta tanto da enfermidade, quanto dos graves distúrbios da personalidade no âmbito da inimputabilidade, mas, para evitar incertezas de ambientes psiquiátricos, a alínea c especifica, dentre as causas de exclusão da imputabilidade, a enfermidade, os graves distúrbios da personalidade, a intoxicação crônica por álcool ou substâncias entorpecentes, desde que relevantes em relação ao fato praticado. Para ulterior determinação, na alínea d, exclui-se qualquer presunção de imputabilidade, prevenendo-se a necessidade de redefinir os limites nos quais o incapaz de entender ou querer, por embriaguez ou entorpecimento, responde pelo fato praticado por ter se colocado de forma culpável em tais condições.

As alíneas f, g e h, do parágrafo 1º, do art. 22 e o parágrafo 3º preveem a aplicação obrigatória de medidas de tratamento e controle, indicando, porém, os seguintes critérios:

1. Referência qualitativa à necessidade do tratamento;
2. Referência quantitativa, isto é, duração não superior à duração da pena aplicável ao agente imputável;
3. Determinação judicial da duração da medida;

4. Interrupção da execução da medida quando não se mostre mais necessária a fins reabilitadores;

5. Agravação ou atenuação da medida *ope iudicis*, no sentido da faculdade de impor quer uma medida menos restritiva conforme o bom andamento do percurso reabilitador, quer mais restritiva, no caso de violações de prescrições.

Finalmente, o parágrafo 2º indica as medidas de tratamento e controle eventualmente aplicáveis em via alternativa ou gradual: estruturas terapêuticas protegidas, comunidades terapêuticas, liberdade vigiada associada a tratamento terapêutico, obrigação de se apresentar eventualmente associada a tratamento terapêutico, encaminhamento aos serviços socio sanitários, atividades laborativas ou prestação de serviços à comunidade.

Trata-se, pois, de um amplo leque de medidas que exigirão a sábia conformação por parte do Juiz, na necessária colaboração com os operadores socio sanitários.

VIII. Conclusões

Ernesto Venturini

1. As sentenças

Propus-me confrontar os percursos processuais dos quatro episódios – os quatro “incidentes”, na dicção *basagliana* – para verificar se as sentenças exprimiriam uniformidade ou diferenças significativas.

Em primeiro lugar, devo constatar duas aparentes obviedades. A primeira diz respeito ao progressivo aumento da complexidade dos processos: aumenta sua duração, os graus de juízo, aumenta o tamanho das sentenças, a quantidade de referências a precedentes jurisprudenciais. Aumentam, especialmente, a quantidade e o peso das perícias: no primeiro processo de Gorizia, atuaram somente o perito do MP e o da defesa; no processo de Ímola, no entanto, interagiram nove peritos, os seis do Tribunal eventualmente expressando opiniões contrastantes entre si. Surgem, no todo, aquelas incertezas de juízes e peritos, de que fala Maisto em sua análise sobre a imputabilidade. Em especial, torna-se evidente a dificuldade de se encontrar um ponto de equilíbrio entre as lógicas de garantia individual, próprias do sistema jurídico-penal, e as exigências de prevenção e tratamento derivadas dos conhecimentos científicos das práticas pós-reforma. A segunda obviedade diz respeito à redação dos vereditos. As sentenças, formalmente, parecem não querer entrar no mérito dos métodos de tratamento atuais, limitando-se a levar em consideração apenas a responsabilidade direta dos indivíduos, baseando-se na análise dos fatos, como é natural. Em alguns casos, como no processo Savarin, essa orientação é declarada explicitamente. Nos processos Miklus e Savarin, Basaglia é absolvido porque é demonstrada a ausência de qualquer envolvimento seu nos eventos que levaram aos fatos criminosos: falta qualquer nexo de causalidade que ligue sua atuação, como diretor da instituição, ao crime. No processo Miklus, por acaso,

é a acusação do Ministério Público que entra pesadamente no mérito do processo de tratamento, pondo em discussão a modalidade e a licitude das licenças dos pacientes, exigindo a notificação preliminar das forças de segurança pública, reforçando, enfim, o valor da custódia. Mas, no curso do processo, facilmente se demonstra a inconsistência da acusação e a superficialidade das investigações. Jogam a favor dessa solução os pareceres dos peritos: o nomeado pelo juiz, que nega a previsibilidade do evento, e o da defesa, que põe em discussão o próprio conceito de periculosidade social por enfermidade mental. Também no processo Savarin, a acusação põe em discussão a licitude e regularidade das liberações dos pacientes. São utilizados argumentos inconsistentes, fundados em meros pretextos, como o analfabetismo da mãe do paciente liberado. Percebem-se nas argumentações da acusação instâncias ideológicas que pretendem frear o processo de desinstitucionalização. Objeta-se, em essência, quanto à legitimidade da liberação de pacientes que, com base em diagnósticos preconceituosos, são tidos como socialmente perigosos. Será fácil demonstrar que Basaglia agiu no rigoroso respeito das normas em vigor. Também nesse caso são os peritos que reforçam a posição de Basaglia: o perito do juízo, com efeito, não demonstra nenhuma incerteza, ao declarar que o paciente, no momento da liberação, não era perigoso nem para si, nem para terceiros.

No segundo incidente de Trieste e no de Ímola é fortemente chamada a responsabilidade institucional do médico em relação ao paciente: essa responsabilidade não pode ser eliminada, nem pelo caráter episódico da relação (como no caso Trani), nem por razões de caráter organizacional inerentes à complexidade do sistema de tratamento (como no caso de G.M.). Não se excluem as concausas e corresponsabilidades, mas estas, segundo os juízes, não reduzem a relevância da relação médico-paciente, em seus deveres e direitos. No processo de Trieste, a acusação se move sobre elementos inconsistentes, tentando demonstrar a imperícia dos médicos na avaliação diagnóstica da paciente. Mas, também nesse caso, é o

consultor técnico da Procuradoria que redimensiona a acusação, demonstrando como o eventual erro não é de tal monta a configurar um crime de culpa profissional. A sentença absolve os acusados, demonstrando a falta de qualquer nexos causal entre a omissão, imputada aos médicos, e o evento criminoso. Diverso é o destino dos acusados nos processos de Ímola; aqui, é mais complexa a verificação das responsabilidades: a coordenadora da residência é condenada no processo em primeiro grau e o médico, julgado com o rito abreviado, é condenado por “homicídio culposo”, com sentença definitiva da Cassação. Nesse caso, os peritos do MP falam de uma previsibilidade do evento, pondo-a em relação com o comportamento dos acusados.

Em essência, é na fase instrutória, no envio a juízo, na controvérsia entre peritos, mais do que nas sentenças, que se pode mais facilmente perceber o desencontro ideológico que perpassa o tema do tratamento e do controle; é naquele âmbito que se podem identificar os argumentos críticos, as hibridações entre a responsabilidade penal e a terapia, mas também – permitam-me dizer – os preconceitos que, paralelamente a qualquer outro argumento, influenciam as decisões dos peritos e dos juízes.

2. O erro profissional

O que dizer a propósito da responsabilidade dos médicos assistentes? Logo me viria a objeção de que, hoje, no setor sanitário público e especialmente no psiquiátrico, as intervenções terapêuticas são cada vez menos ligadas à relação médico-paciente e cada vez mais determinadas por outros fatores: requerem o envolvimento de um grupo de trabalho; são feitas por mais pessoas; reportam-se à organização sanitária como um todo. A exclusividade do tratamento por parte do médico e, assim, sua exclusiva responsabilidade, penal e civil, pode parecer anacrônica, mas não é, de modo algum: mesmo diante de uma complexidade de sujeitos e funções,

permanece invocada a responsabilidade do indivíduo. Eis porque é exatamente a análise atenta dos fatos que constitui a fase crucial do processo: permite separar as responsabilidades dos indivíduos das responsabilidades da organização como um todo. Essa análise deveria distinguir, porém, o erro humano – evento não frequente, mas tampouco excepcional, fruto de circunstâncias nem sempre facilmente previsíveis – do que, ao contrário, se caracteriza como culpa profissional grave, por relevante imperícia, imprudência e negligência, ou por inobservância de leis, regulamentos e disciplinas. Reportando-nos à casuística deste livro, que reflexões podem ser feitas quanto à problemática do erro humano? No caso Trani, como já mencionado, o perito da Procuradoria admite, por exemplo, um erro dos médicos acusados, mas esclarece que este não fora de tal monta a configurar o crime de culpa profissional. Vale a pena, pois, refletir brevemente sobre a distinção entre erro médico “leve” e culpa profissional “grave”. Para esse fim, utilizaremos a catalogação dos erros incluída no documento “Risco Clínico na Saúde”, elaborado pelo Ministério da Saúde da Itália.

No caso Miklus, o erro pareceria ser de tipo “latente”, imputável a carências na planificação de estratégias: foi subestimado o papel negativo que o contexto (no caso, a mulher de Miklus) poderia ter durante a licença do paciente. Não por acaso, no novo paradigma do tratamento, serão exatamente os familiares que passarão a assumir, cada vez mais, um papel ativo na reabilitação do paciente. No caso Savarin, o problema também é de tipo organizacional: demonstra-se a cisão entre a velha, anacrônica organização – o Centro de Higiene Mental, administrado sob uma ótica burocrática – e o modelo da desinstitucionalização, que, ao contrário, exige dos profissionais uma profunda responsabilização. Serão os futuros Centros de Saúde Mental que irão recompor, no interior do projeto terapêutico, as anteriores divisões. No episódio que diz respeito à senhora Trani, os médicos – segundo o MP – teriam cometido um erro de habilidade técnica “*slips*”, equivocando-se no diagnóstico. Tal hipótese, porém,

demonstrar-se-á, durante o processo, incorreta e fundada em mero pretexto. Se se quisesse falar de erro, ter-se-ia que se referir à omissão dos enfermeiros que não comunicaram as ameaças feitas pela paciente. No caso de Ímola, enfim, os erros do médico foram considerados pelos peritos como sendo do tipo “comissivo”, por imperícia na administração dos remédios. Em minha opinião, porém, tiveram maior relevância os erros do tipo “omissivo” na gestão das problemáticas existenciais do paciente e de sua crise. Todavia, mais relevantes do que o erro humano foram os erros “organizacionais” latentes, comportando equívocos comunicativos, dentre os quais, sem dúvida e antes de tudo, os mais importantes e determinantes foram as graves “violações” e omissões da cooperativa que administrava a residência. As posteriores mudanças estruturais e organizacionais do DSM procuraram suprir tais carências.

Sou levado a pensar, no entanto, que em nossos serviços de saúde mental os erros, infelizmente, não parecem destinados a se reduzir. Os operadores, com demasiada frequência, estão aprisionados em uma cultura tecnicista, de rendimentos, carente de raciocínio clínico, conforme um modelo de pensamento fundado em uma espécie de **teste de múltipla escolha**, que confunde os meios com os fins e se deixa esmagar sob o esquema redutivo do DSM-IV. Esse comportamento sacrifica qualquer criatividade crítica do pensamento, aumentando, em consequência, o risco de erro. Ao contrário, há quem tenha uma visão otimista da condição dos serviços, julgando prioritário declarar, por exemplo, quão deslocado seria, hoje, reportar a psiquiatria ao velho **registro basagliano**. Se tal declaração servir para reprovar quaisquer posturas de mitificação do passado, a insistir em retóricas e nostalgias de supostas idades de ouro, em vez de enfrentar os desafios do presente, então, poderemos compartilhá-la. Se, no entanto, pretende “zerar” uma cultura de transformação institucional, porque não homogênea e embaraçosa para os atuais projetos de transformação dos entes públicos em empresas, será preciso afirmar, então, que o contrário é que é verdadeiro, que, na

psiquiatria da Lei 180, seja no interior dos serviços de saúde mental, seja nos tribunais, verifica-se muito pouca presença do registro “*basagliano*”. Quase não se encontra sua coragem, seu proceder socrático, sua entrega, seu rigor científico. Há muito pouco “*basaglia*” e, ao contrário, precisaríamos de tanto!

Definitivamente, não é tão importante catalogar os erros. Muito mais importante é produzir, nas organizações sanitárias, a efetivação de mecanismos eficazes de controle e prevenção, permitindo melhor gestão das consequências sociais e jurídicas do erro. Sendo evidente que o erro médico é um evento plausível, não podemos submeter os médicos envolvidos ao desgaste de enfrentar sozinhos um percurso judiciário, muitas vezes alucinante, percurso que só se concluirá após vários anos, impondo custos elevados, tanto do ponto de vista psicológico, quanto social e profissional. Na Itália, o número de causas contra médicos está em progressivo aumento e continuará a aumentar. Se é justo pôr fim ao comportamento submisso do paciente e de seus familiares diante de um poder médico autoreferenciado, não se pode deixar de notar o quanto esse aumento seja atribuível, sobretudo, a lógicas de mercado, à avidez dos indivíduos e às distorções impostas pelas seguradoras. Naturalmente, muito está sendo feito nesse sentido por parte dos sistemas sanitários, mas ainda resta tanto a fazer.

Certamente, o caso de Ímola constitui um exemplo negativo no que se refere ao comportamento desejável em circunstâncias similares. Com efeito, a Empresa Sanitária Local e a Cooperativa não quiseram anuir, logo após o incidente, com as reivindicações dos familiares, demonstrando miopia e escasso apoio a seus próprios empregados, com o que induziram um percurso procedimental longo e mortificante para os acusados. Poder-se-ia objetar que é prática consolidada no processo civil se orientar pelo resultado do processo penal, os próprios institutos seguradores se movendo sob tal perspectiva. Mas, o contrário também é verdadeiro. É certo que a solução de um contencioso civil – e, nesse caso, tratava-se de um acidente de

trabalho – teria tornado menos áspero o confronto penal, sem que se coloque em dúvida a absoluta autonomia dos dois processos.

Mais uma consideração a respeito do cenário das causas médicas indenizatórias no qual estamos nos movendo: seria preciso ressaltar o papel que jogam na incidência dos erros profissionais as políticas da chamada “racionalização das despesas sanitárias”. Essas políticas, reduzindo drasticamente os recursos, frequentemente levam a organização a se mover nos limites da segurança (na corda bamba), provocando falta de motivação e confusão entre os operadores. Mas, quase nunca, os promotores dessas políticas se sentam no banco dos réus.

3. O incidente

Poderia parecer que essas considerações sobre o erro estariam a liquidar o conceito de “incidente” usado por nós: se há erro, não há incidente! A teoria do incidente somente se justificaria como um expediente para escapar de um doloroso dilema: excluindo-se o erro técnico do psiquiatra, estar-se-ia confirmando a periculosidade social do paciente psiquiátrico (que, no entanto, se quereria negar); admitindo-se a previsibilidade do evento, estar-se-ia confessando a culpa do psiquiatra. Dito de outra forma: os eventos aqui apresentados poderiam ter sido evitados? Para responder, é preciso estar atento e não confundir os planos de análise sobre os quais estamos nos movendo. O da análise do erro técnico é um plano abstrato, um plano do fácil “*post hoc*”. Não diz respeito ao passado; volta-se sim para o futuro, servindo para avaliar a experiência e evitar que os incidentes se repitam. O plano da realidade, o plano fático das responsabilidades é outra coisa. Essa confusão é bastante comum e, com frequência, espelha-se exatamente nas análises periciais. Se nos colocarmos no plano fático, deveremos ter presentes pelos menos dois tipos de problemas. O primeiro diz respeito ao conhecimento dos fatos: devemos supor que, além dos

fatos descobertos, existam outros, que desconhecemos e podem ter sido determinantes na dinâmica dos eventos. Como psiquiatra, sei bem, por exemplo, que uma intervenção terapêutica, conscienciosa e bem conduzida, pode ficar comprometida simplesmente por um olhar, uma palavra dita por um estranho, uma circunstância fortuita. Todo um trabalho difícil e complexo pode ser destruído em um instante, sem que sempre possamos saber as razões. Naturalmente, a busca da responsabilidade jurídica necessariamente diz respeito apenas aos fatos conhecidos, mas a consciência da complexidade das relações, própria do âmbito psíquico, deveria nos levar a prudentemente considerar, com profundidade e atenção, a hipótese do incidente. O outro tipo de problemas se refere à responsabilidade difusa de que falei pouco antes, a propósito das organizações sanitárias. Podemos supor que a pessoa tida como responsável por um evento, muitas vezes seja apenas aquela que foi encontrada com o famoso fósforo aceso nas mãos, quando aconteceu o evento. Mas – pergunto-me – não seriam igualmente responsáveis todos aqueles que, anteriormente, passaram esse fósforo entre as mãos? Não teria talvez uma forte carga de responsabilidade aquele que decidiu operar Michela Trani de leucotomia, invalidando-a por toda a vida e reduzindo sua possibilidade de controle dos impulsos? Ou, será que não seria responsável por despedaçar uma vida aquele que mandou M.G. para o manicômio judiciário por uma simples “resistência a funcionário público”? E, será que não teriam culpa aqueles que, alimentando o clima de guerra com base no atentado de que foi objeto Miklus, provocaram-lhe um sentimento angustiado de alarme contra uma “realidade persecutória”? O escritor Fredrich Dürrenmatt nos ajuda a compreender esse aspecto, com um paradoxo. Em seu romance (*Justiz*, 1987), fala de um rico e conhecido suíço, Isaak Kohler, que mata um ilustre professor universitário, no meio de um restaurante, **“não, sem antes, tê-lo cumprimentado cordialmente”**. Após se deixar docilmente prender e elogiar os juízes pela condenação a vinte anos que lhe foi imposta, vai satisfeito para a prisão e se torna um detento modelo, sem jamais revelar, contra qualquer lógica investigatória, alguma motivação para seu

gesto. Um dia, porém, Kohler convoca à prisão o jovem advogado Spat, pedindo que reexamine o caso, a partir da hipótese de que não seja ele o assassino. Trata-se de um desafio aparentemente sem sentido – todos viram o homicida disparar – mas, o desafio acaba por ser vencido, concluindo com a absolvição de Kohler. Com efeito, demonstra-se que existiam outras pessoas com sérios motivos para cometer o homicídio e que foram impedidas de fazê-lo somente por circunstâncias fortuitas, como somente por circunstâncias fortuitas o homicida se achava no restaurante: sua ação fora apenas uma dentre as tantas declinações possíveis da realidade e sua “culpa” não era maior do que a de tantos outros. O incidente, parece nos dizer Dürrenmatt, não seria talvez a trajetória de uma das tantas oportunidades, conforme a teoria dos incidentes latentes?

Em todo caso, para além de qualquer digressão literária ou de qualquer provocação, fica claro, a partir da documentação produzida, que os eventos de Trieste e o de Gorizia não eram absolutamente previsíveis, constituindo-se, portanto, em “incidentes”. Para o fato de Ímola, é possível supor certa previsibilidade, mas, como precisarei mais adiante, não a previsibilidade que aparece nas sentenças.

4. A imputação de homicídio culposo em delito doloso e a posição de garantidor

Tentarei focalizar agora o problema da imputação de homicídio culposo em delito doloso. No caso Miklus, fala-se de “cooperação em homicídio culposo”; no caso Savarin, de “homicídio culposo plúrimo”; e, no caso Trani de “cooperação em homicídio culposo”. Neste caso, o juiz nota que a pouco feliz formulação da Acusação pode fazer surgir a dúvida sobre se a imputação feita aos médicos não consistiria em uma participação culposa destes em um homicídio doloso cometido por outrem, figura claramente atípica, pois não prevista na lei como crime. Mas, no caso de Ímola, fala-se explicitamente em “homicídio culposo”. O que se atribui aos acusados é uma clássica hipótese de

cooperação em um homicídio culposo, autônomo em relação a um delito voluntário posto em prática por um paciente. Atribui-se aos médicos a causação da morte de outrem por imprudência, imperícia e negligência, mediante a concessão de uma licença, a omissão de uma internação, a suspensão de remédios. É preciso ter presente que os fatos Miklus e Savarin antecedem a entrada em vigor da lei de reforma psiquiátrica e, portanto, as acusações são condizentes com a normativa em vigor naqueles anos. Para ambos os casos, foi formulada, ainda, uma segunda acusação de descumprimento de dever, que faz referência exatamente à Lei 1909. O caso Trani se situa no meio do percurso entre o velho e o novo modelo de tratamento. O incidente acontece em 1977 e a sentença de primeiro grau é proferida em 1980, quando a lei da reforma fora há pouco promulgada. Nesse caso, em todos os três graus de jurisdição, as sentenças se colocam na esteira da nova lei, reforçando as instâncias inovadoras. Seria de se esperar que também no processo de Ímola fossem ratificados os princípios de tratamento da lei de reforma, fundados em instâncias terapêuticas e não mais em instâncias de controle social. Mas, não foi assim! Ou melhor, os princípios da reforma são invocados em palavras, mas são invertidos em sua essência, através do recurso ao conceito da “posição de garantidor” do psiquiatra em relação a terceiros. Examinando os processos anteriores, que se desenvolveram sobre hipóteses acusatórias similares, ter-se-ia a impressão de que a posição de garantidor e a imputação de concurso em homicídio culposo estariam sendo quase mais temidas do que verdadeiramente buscadas: uma espécie de força de dissuasão usada para reconduzir o psiquiatra a uma função de controle social. Mais cedo ou mais tarde, no curso da fase instrutória ou no julgamento, introduziam-se dissertações interpretativas sobre a leitura cruzada dos dois artigos do Código Penal (o art. 42 e o art. 113), contornando-se uma acusação que surgia como despropositada e excessiva, talvez mesmo para os próprios juízes. Sob essa ótica se move, por exemplo, o douto recurso do advogado Kostoris contra a sentença proferida na Apelação no

processo Trani. Na mesma perspectiva, o requerimento de rejeição do incidente probatório promovido pelo G.I.P. no processo de Ímola. O requerimento, que refuta qualquer hipótese de concurso culposo em ilícito doloso, é especialmente documentado. Faz referência a recentes aprofundamentos jurisprudenciais, segundo os quais seria essencial a consciência da cooperação para que se possa verificar o requisito psicológico adicional e indefectível da participação; ressalta ainda que a exigência de unicidade do crime em concurso excluiria a possibilidade de uma diferenciação do elemento subjetivo entre os corréus. Mas, sobretudo, o G.I.P., no requerimento de rejeição, refuta a hipótese de uma posição de garantidor dos acusados. Com efeito, esse tipo de responsabilidade pressupõe a precisa identificação do resultado a ser impedido, supondo a disposição, por parte do sujeito garantidor, de um “concreto domínio” do curso causal que o provoca, assim indicando também sua possibilidade de intervir sobre o mesmo de maneira significativa. Estes pontos não correspondem à situação em exame. A hipótese da posição de garantidor seria rejeitada pelo G.I.P. também sob o aspecto objetivo causal, pelo simples fato de estarem os acusados chamados a responder não mais por um fato próprio, mas por um fato de outrem. O MP acolhe essas instâncias e decide arquivar o procedimento, por ser **“infundada a notícia de crime, na medida em que os elementos trazidos pelas investigações preliminares não parecem idôneos a sustentar a acusação em juízo, não parecendo que tenha resultado uma doença em sentido técnico no referido homicida, mas sim, mais simplesmente, uma falha no controle farmacológico da preexistente patologia psicótica”**.

Como é sabido, o requerimento foi rejeitado pelo G.U.P. , que não entrou no mérito das argumentações do colega, limitando-se a citar, em matéria de responsabilidade profissional, a sentença no 4827 da Suprema Corte, Seção Pen. IV, de 3 de fevereiro de 2003. Percorrendo a tese positiva da admissibilidade da imputação, o G.U.P., de certa forma, escreve a sentença, antes mesmo de qualquer debate processual. Não rebaterá uma linha da Defesa, que nega

qualquer responsabilidade do médico, atolando-se em uma disputa estéril sobre a eficácia de alguns miligramas de psicofármaco. Mas, na realidade, o G.U.P.⁷⁸ comete um equívoco, quando confunde o fato de o médico assumir diretamente a posição de garantidor em relação ao paciente com o fato – não contemplado normativamente, conforme a lei da reforma psiquiátrica – de assumir tal posição em relação a terceiros (**por não ter impedido a morte de C. que, na qualidade de destinatário de uma posição de garantidor, tinha o dever jurídico de impedir**). O juiz, em essência, ratifica a legitimidade da acusação de concurso culposo em delito doloso, evocando, de forma absolutamente discutível, a sentença da Cassação (Cass. Pen., seção IV, 9 de outubro de 2002, no 39680) que afirma a responsabilidade de quem, abandonando material perigoso, pode provocar um dano a terceiros. Mas, comparar uma pessoa, ainda que esta pessoa seja um paciente psiquiátrico (perdoem-me a amarga ironia!) a um material viscoso, é algo totalmente desconcertante! Por outro lado, é oportuno observar, ainda em relação à evocação pelo juiz da posição de garantidor, que não estamos diante de pessoas interditas (o parecer pericial de incapacidade é posterior aos eventos!). Trata-se de um erro conceitual e um preconceito confundir os doentes psíquicos com os interditados. Igualmente anacrônica, diante das mais modernas concepções da doença mental, é a assimilação do paciente psiquiátrico ao menor. Por outro lado, o juiz cai em contradição, porque, para sustentar a responsabilidade garantidora do psiquiatra, ressalta a inadmissibilidade do ato doloso por parte do paciente, enquanto incapaz de entender e querer, mas, logo depois, admite que **“não se pode excluir que [o paciente] possa cometer um ato intencionalmente. A esse propósito, a moderna doutrina fala, com relação aos estados psicológicos dos incapazes de entender e querer, em ‘pseudo-dolo’ e ‘pseudo-culpa’.**”

78 - [Nota à edição brasileira] G.U.P. é a abreviação de Giudice dell'Udienza Preliminare, ou seja o juiz da audiência preliminar, aquele que decide sobre a admissibilidade da acusação e, assim, sobre o “envio a juízo”.

Na realidade, a Cassação, no processo Trani, introduziu um conceito de extremo interesse, que vale a pena destacar: **“... a morte da criança por obra de Trani não pode ser qualificada como delito doloso, devendo-se entendê-la, como, de fato, o foi: um puro e simples ‘fato jurídico’, isto é, um acontecimento modificador da realidade com consequências jurídicas, mas não enquadrável no conceito de ‘crime’, por absoluta falta do elemento essencial da vontade (Trani foi absolvida, na instrução, por total incapacidade de entender e querer, no momento do fato). Portanto, a questão há de ser posta, como corretamente o foi pelos juízes de mérito, exclusivamente no plano do nexó de causalidade. Assim enquadrada, teve a única, exata e lógica solução, como apontado nas conclusões da sentença impugnada.”**

Como se vê, a questão do homicídio culposó em delito doloso não está resolvida, ainda esperando por uma solução!

5. Uma sentença discutível

Baseando-me na documentação produzida, permito-me afirmar que a sentença da Cassação no 10795, de 11 de março de 2008, foi infundada. Ou melhor, a Cassação simplesmente verificou a legitimidade das decisões dos juízes de mérito, reafirmou princípios de direito, mas – nem poderia ser de outra forma – deu como certas a validade e a indiscutibilidade dos pareceres dos peritos do juízo, que, no entanto, de fato, não o são⁷⁹. O que surge amplamente discutível é exatamente a demonstração do nexó de causalidade e do conceito de previsibilidade e possibilidade de evitar o resultado. Nesse caso, é errado o nexó de causalidade baseado na inidônea utilização dos psicofármacos. O verdadeiro nexó de causalidade

79 - Esta, aliás, a opinião de ilustres expertos (Fiori A., Buzzi F., *Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medico-legali alla luce della sentenza della Cass. Pen. N. 10795/2008, Rivista Italiana di Medicina Legale*, nº 6, 2008, pagg. 1438 –1455).

para se compreender as razões do homicídio de C.A. reside, eventualmente, no comportamento da vítima, no fato desta assumir um papel objetivamente persecutório, independentemente de qualquer boa intenção. Esse nexos de causalidade se torna evidente no comportamento reativo de M.G., com precisas e explícitas ameaças. Poder-se-ia objetar que M.G. proferia ameaças também para outros operadores da estrutura, mas, examinando bem, estas eram profundamente diversas: eram diversas, com um tom depressivo, ligadas ao luto sofrido. As voltadas contra C.A. eram, ao contrário, raivosas, vingativas, inequívocas, pessoais. A dinâmica dos fatos, especialmente o clima de desafio e confronto físico entre os dois, ocorrido poucas horas antes do crime, tornam manifesto esse nexos causal. Ainda que atenuada pela introdução do conceito de concausa, vai nesta direção a sentença de Ímola, de 23 de junho de 2006, que condena a responsável pela estrutura, adotando uma reconstrução dos fatos diversa da exposta pelo Tribunal de Bolonha.

Mas, a Cassação retoma a sentença do Tribunal de Bolonha e ratifica o nexos causal identificado pelos peritos do MP. Segundo este parecer, a causa do homicídio deve ser formulada – fora de qualquer enunciação mais elaborada – nestes termos: toda suspensão (ou redução) de determinada quantidade de psicofármaco, cuja eficácia tenha sido demonstrada, em um esquizofrênico paranóico, inequivocamente conduz ao cometimento de um ato criminoso. Naturalmente, não se quer negar o peso que uma redução farmacológica possa ter sobre as condições psíquicas de um sujeito ou sobre seu diminuído controle dos impulsos, mas, francamente, este reducionismo e este automatismo nada têm de “científico”. Como tentei demonstrar, a periculosidade social por doença mental é bastante discutível, não podendo existir qualquer determinismo entre o simples diagnóstico de paranóia e um comportamento de periculosidade. Pode-se falar no máximo em probabilidade, mas não em certeza. São outros os fatores que sustentam a periculosidade de um sujeito: sua história, as violências sofridas e praticadas, o estigma, etc. Naturalmente, quando estes

fatores se fazem presentes no paciente psiquiátrico (e, provavelmente, isto acontecia no caso de M.G.), podem concorrer para favorecer a periculosidade do sujeito, mas a problemática não pode ser reduzida a um simples sistema de vasos comunicantes entre um diagnóstico e a quantidade de determinado psicofármaco presente no sangue. O raciocínio da Cassação se baseia na demonstração de um nexo de causalidade na dinâmica do fato inexata e viciada por um preconceito ideológico: a automática periculosidade do paciente portador de esquizofrenia paranoide. Os peritos não utilizaram corretamente os critérios probabilísticos e, sobretudo, não se valeram de um critério de contraprova. A sentença, baseando-se em um parecer técnico errôneo, contradiz a sentença *Franzese*, pressupondo uma conduta devida que impedisse o resultado *hic et nunc*, a qual, na realidade, não o teria impedido. Esta sentença se constitui, portanto, em um “erro jurisprudencial”, à maneira de outro qualquer “erro médico”.

6. A voz ausente

Do quanto expresso nesse livro, resta absolutamente evidente que a verdadeira periculosidade reside na noção de “periculosidade social” por doença mental. Este conceito e as consequentes medidas de segurança em Hospital Psiquiátrico Judiciário têm sido responsáveis por grandes sofrimentos e grandes injustiças. Há que se concordar, portanto, com quem deseja sua imediata eliminação⁸⁰. Em especial, há que se concordar com as modificações ao Código Penal propostas pela Comissão Justiça da Câmara, presidida por Giuliano Pisapia. Analogamente, entendo que se deva dar o mais convicto apoio ao Projeto das Regiões, coordenado pela Fundação Michelucci e

80 - Veja-se “*Documento della Commissione congiunta delle Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria*”, publicado em *Quaderni Italiani di Psichiatria*, vol.XXIV, março 2005 e, posteriormente nas revistas oficiais das três sociedades (Sociedade Italiana de Criminologia; Sociedade Italiana de Medicina Legal; e Sociedade Italiana de Psiquiatria).

apresentado ao Parlamento, o qual pretende o esvaziamento dos HPJs e a implantação de soluções alternativas ao encaminhamento para aquelas instituições. Dentre outras coisas, tais atitudes se fazem imperativas diante dos trinta e dois anos de uma lei de reforma que foi mutilada em sua plena realização.

Entendo, ainda, que é preciso análoga determinação para abolir a total inimputabilidade por enfermidade mental, naturalmente estando-se atentos a não confundir o caso de graves alterações orgânicas do cérebro com o de graves estados confusionais⁸¹. Com efeito, os estudos das neurociências em relação às psicoses graves, prudentemente, têm verificado a impossibilidade de se excluir plenamente toda capacidade de entender e querer do paciente psiquiátrico. Além disso, como já amplamente argumentado, declarar o doente mental totalmente incapaz de entender e querer significa prejudicar as possibilidades terapêuticas inseridas no processo de responsabilização. Significa, em essência, violar o direito da pessoa ao tratamento.

Em todo caso, é preciso ter consciência de que, não obstante qualquer tipo de intervenção normativa, o tema da doença mental sempre permanecerá em aberto, pois, neste campo, são poucas as certezas e, quanto mais aprendemos mais se torna evidente o quanto ainda desconhecemos. É imperativo, portanto, um comportamento de grande cautela e inteligente abertura. Um comportamento que corretamente interprete, por exemplo, o significado da “posição de garantidor” atribuída ao psiquiatra. Quando se fala em “posição de garantidor”, vimos que, do ponto de vista jurídico, faz-se referência a duas configurações: a de proteção e a de controle. Com a primeira, devem-se afastar os riscos e

81 - *Ibidem* “... A hipótese de um vício parcial da mente é, portanto, a que, hoje, melhor corresponde ao atual sentir científico, que vê o doente mental, na maioria dos casos, como imputável, embora com uma capacidade limitada por sua doença. Em nossa opinião, conseqüentemente, o vício parcial da mente deveria ser a figura a que, com maior frequência, dever-se-ia recorrer, diante de um distúrbio mental, cuja expressividade sintomatológica, no momento do fato, vincule-se causalmente ao delito praticado...”

ameaças em relação ao bem jurídico protegido; com a segunda, devem-se evitar perigos para terceiros por parte do bem jurídico posto sob controle. Trata-se, indubitavelmente, de funções diversas, que deveriam ser atribuídas a sujeitos diversos. **“Depois dessa sentença – como anota o colega Euro Pozzi⁸² –impõe-se ao psiquiatra a tarefa de responder a esse paradoxo lógico: com efeito, cumpre-se o primeiro dever, desatende-se o segundo e vice-versa, responde-se ao que é ditado pelo segundo dever e inevitavelmente se trai o primeiro. Em outras palavras, ou defendemos o paciente da doença e, às vezes, também da sociedade que com frequência o marginaliza, ou defendemos a sociedade do ‘louco’, fonte de perigo, e assim o marginalizamos.”** Em suma, a sentença da Cassação está em aberta contradição com a própria função do ato de tratamento, comprometendo em seus fundamentos a relação de confiança entre o médico e seu paciente. Isso não diz respeito tanto ou somente à lei 180; a sentença entra sim em conflito com o próprio Juramento de Hipócrates!

É de se perguntar, neste ponto, como, passados mais de trinta anos da promulgação da lei e após o novo paradigma do tratamento ter se enraizado tão profundamente na prática, ainda seja possível adotar uma símile leitura da responsabilidade do médico assistente. O que parece emergir é a percepção de um substancial atraso no qual se movem determinados setores da jurisprudência. Muitas vezes, no cotidiano das práticas dos serviços de Saúde Mental, percebe-se claramente que, para além de afirmações genéricas, existe no pensamento oculto de alguns juízes a atribuição de uma substancial periculosidade aos pacientes psiquiátricos esquizofrênicos. Os Tratamentos Sanitários Obrigatórios e a subsistência dos Hospitais Psiquiátricos Judiciários, instituições vergonhosas e arcaicas, são, exatamente, por eles interpretados como uma implícita confirmação desta periculosidade. Pressionados pelas tantas instâncias de insegurança percebida, não desconhecem a necessidade de

82 - Euro Pozzi, *Posizione di garanzia e Legge 180: compatibilità o antitesi?*

tratamento do paciente, mas enfatizam as exigências de controle social, sem entender que é exatamente a resposta à necessidade de tratamento que permite resolver tais exigências. No entanto, não são os juízes que representam o aspecto mais crítico do problema. Os juízes, no fundo, “escutam” os expertos e fundam suas considerações naquilo que estes elaboram. Assim, é com amargor que se há de admitir que no próprio campo médico-legal e criminológico ainda se revelam graves atrasos na recepção do novo paradigma psiquiátrico. Posicionando-se nos limites dos sistemas sanitários, nem sempre participantes das práticas dos serviços territoriais, não envolvidos em uma reforma que mexeu profundamente com o paradigma do tratamento na Saúde⁸³, mas não no paradigma do direito na Justiça, alguns desses colegas custam a se libertar dos preconceitos da periculosidade social do paciente psiquiátrico e dos rígidos esquemas dos diagnósticos tradicionais. Às vezes, é exatamente o jogo dialético do processo que os constringe a assumir papéis de que não estão totalmente convencidos. Outras vezes, como já descrito, é a perícia a pôr em movimento mecanismos inconscientes, nos quais se segue a rigidez diagnóstica do colega e se ostenta um erudito conhecimento da velha psiquiatria. Esta é uma condição estrutural, na qual alguns dos meus colegas estão aprisionados. A existência do Hospital Psiquiátrico Judiciário e a manutenção do conceito de periculosidade social e das medidas de segurança não aprisionam apenas os pacientes; aprisionam também os profissionais e os expertos. Qual poderia ser, portanto, a solução para sair do impasse atual? É preciso que a sociedade reconquiste a paixão pela justiça e a coragem das reformas. Pois é, por exemplo, exatamente pela falta de reforma dos aparatos psiquiátrico-judiciários que o paciente está totalmente ausente destes contextos. Não se ouve sua voz; não se conhecem suas razões; não existe a necessidade de se confrontar com suas

83 - Veja-se Venturini E., *Prendersi cura della cura*, Psicoterapia e Scienze Umane, Franco Angeli, 2009, XLIII, 3: 381-398.

necessidades. “Incapaz de entender e querer”, o cidadão-paciente psiquiátrico não existe. Tanto é rica sua presença e seu protagonismo em alguns serviços de saúde mental, quanto é imensamente vazia sua realidade no sistema judiciário. Ali, estão os “expertos”, que falam em seu lugar. Mas, seria verdadeiramente possível falar no lugar de outra pessoa?!

Enquanto a voz do “cidadão-louco-responsável por um crime” não estiver presente nas salas de audiência dos tribunais, enquanto não for reconhecido seu direito de “ser julgado” e, eventualmente, até “condenado”, enquanto a linguagem do poder não tiver que se confrontar com a linguagem dos diferentes, dos loucos, compreendendo que os cânones da normalidade não são absolutos, mas sim relativos e contextuais, enquanto isso não acontecer, a linguagem dos expertos será um balbucio presunçoso e contraditório e ainda teremos de prever tanto sofrimento e tantas dores incidentes.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia geral AA.VV., *Crime and the Responsible Community: A Christian Contribution to the Debate about Criminal Justice*, (a cura di) Scott J., e Miller N., London 1980.

AA.VV., *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*. A cura di A. Manacorda. Perugia: Centro studi e Politici della Regione Umbria, 1989.

AA.VV., *Che cos'è oggi la psichiatria?*, Rivista sperimentale di Freniatria, Vol.CXXVII, n°3/2003, Franco Angeli, 2003.

AA. VV. *Errore umano, professione medica, responsabilità. Quando la sanità fa notizia*. Atti del Convegno Fnomceo, Cagliari, 20 aprile 2007, in *La professione*, Trimestrale della Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri, Anno IX, n° 1/ 2, 2007.

AA. VV. *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico. Manuale per la formazione degli operatori*. A cura del Ministero della Salute. in *La professione*, Trimestrale della Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri, Anno X, 2008.

American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali*. Quarta edizione italiana, Masson, Milano, 1996.

Andreoli V., *Voglia di ammazzare : analisi di un desiderio*, Rizzoli, Milano, 1996.

Attenasio L. et altri , *Dialogo con la follia*, Armando ed., Roma, 2003.

Basaglia F. (a cura di). *L'istituzione negata*. Einaudi, Torino, 1968.

Basaglia F., *Scritti*, Einaudi editore, Torino, 1981.

Basaglia Ongaro F., Salute/malattia, Piccola Bibl., Einaudi, Torino, 1982.

Bauman Z., *Community: Seeking Safety in an Insecure World*, Cambridge 2001.

Bauman Z., *Vite di scarto*, Laterza, Bari, 2005.

Bizzarri C., *Criminali o folli*. Nel labirinto della perizia psichiatrica, Rizzoli, et al/Edizioni, 2010.

Carofiglio G., *L'arte del dubbio*, Sellerio, Palermo, 2007.

Cavalla F., *A proposito della ricerca della verità nel processo*, in "Verifiche", 4/1984, pp. 469-514

Civita A., *Introduzione alla storia e all'epistemologia della psichiatria*, p.128, ediz.Guerini, Milano,1996.

Di Paola F., *L'istituzione del male mentale, Critica ai fondamenti scientifici della psichiatria biologica, Le Esche, Manifestolibri*, Roma, 2000.

Di Ronza P., *Manuale di diritto dell'esecuzione penale.*, Padova: CEDAM; 2000.

Dowbiggin I., *Delusional diagnosis? The history of paranoia as a disease in the modern era*. Hist Psychiatry 2000; xi: 37-69.

Fanon F., *Scritti scelti*, Einaudi, Torino, 1973

Foucault M., *Io, Pierre Riviere*, Nuovo Politecnico, Einaudi, 1976

Foucault M., *Les Anormaux. Cours au Collège de France*, 1974-1975, Seuil/Gallimard;

Paris,1999 (tradotto Gli anormali. Corso al Collège de France.1974-1975. Feltrinelli, Milano, 2000).

Giacanelli F., *Introduzione a La scienza infelice di Colombo G.*,

Boringhieri, Torino, 1975

Ginzburg C., *Miti Emblemi Spie*, Einaudi, Torino, 1986.

Goffman E., *Asylums*, Nuovo Politecnico, Einaudi, Torino, 1968

Grassi L., Nunziata C., *Infermità di mente e disagio psichico nel sistema penale*, CEDAM, 2003.

Jannucci M., *La consulenza psichiatrica in carcere.*, Il Reo e il Folle 1999; vol.12-13: 13-45.

Kaplan H.I., Sadock B.J. e Orebb J.A., *Psichiatria: manuale di scienze del comportamento e psichiatria clinica*. 7A ed., Centro Scientifico Internazionale, Torino, 1996.

Keilitz I, Farthing-Capowich D, Mc Graw BD, Adams N. *The guilty but mentally ill verdict: an empirical study*. Washington DC: National Center of the State Courts; 1984.

Koshland DE Jr. *Elephants, monstrosities, and the law*. Science 1992; 255, (5046): 777.

Lallo A., Toresini L., *Psichiatria e Nazismo*, ed. Nuova Dimensione, Portogruaro, 2000.

Longhin L., *La qualità della mente*, Florence Art., Edizioni, Firenze, 2008.

Maisto F., *Marginalità e società*, Franco Angeli Ed. Milano, 1994

Maisto F., Daniele M., *Codice di diritto penitenziario*, Il Sole 24 Ore, 1989

Marcetti C., Solimano N. (a cura) *Carcere di tanti carceri. Per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*, Architettura vissuta, Quaderni della Fondazione G. Michelucci, Regione Toscana, 1997.

Margara A., *Memoria di trenta anni di galera: un dibattito spento*,

un dibattito acceso, «Il Ponte», n 7/9, 1995.

Margara A., *Le parole, le cose e le pietose bugie in Il vaso di Pandora: carcere e pena dopo le riforme, a cura di M. Palma, Ass. Antigone, coll. "Diritto e diritti", Biblioteca Enciclopedia Treccani, 1997, p.155*

Margara A., *Una proposta per un nuovo ordinamento - Il testo di legge, Ripensare l'ordinamento penitenziario, La Nuova Città nos 8-9-10/VIII, 2004/2005.*

Margara A., *Il destino del carcere in Paure Insicurezza Povertà Carcere, Ordine&Disordine, Volume a cura di Fondazione Michelucci e Regione Toscana, 2007.*

Martini C. M., *Sulla Giustizia, Mondadori, Milano 1999.*

Marzi A., *Deontologia e Psichiatria. Giuffrè, Milano, 1992.*

Miller RD., *Coerced treatment in the community., Psychiat Clin North Amer 1999; 22:183-96.*

Millon T, Klerman G. L, eds. *Contemporary directions in psychopathology. Toward the DSM-IV.* New York: The Guilford Press; 1986.

Nathan T., Stengers I., *Medici e stregoni, Bollati Boringhieri, 2000.*

Norcio B., Toresini L., (a cura) *Psichiatria e Nazismo, Collana Fogli di Informazione, Centro di Documentazione di Pistoia, 1994.*

Norcio B., Toresini L., *Dal manicomio al lager di sterminio. Riflessioni sulla deportazione di un gruppo di ricoverati ebrei dall'ospedale psichiatrico di Trieste, in Psichiatria e Nazismo, Collana Fogli di Informazione, Centro di Documentazione di Pistoia, 1994.*

Organizzazione Mondiale della Sanità, ICD-10. *Decima Revisione della Classificazione delle Sindromi e dei Disturbi Psicologici e Comportamentali*, Masson, Milano, 1992.

Palmer CA, Hazelrigg M. *The guilty but mentally ill verdict: A review and conceptual analysis of intent and impact*. J Am Acad Psychiatry Law 2000; 28: 47-54.

Piccione R.: *Manuale di psichiatria, teoria e pratica nella salute mentale nel servizio pubblico*, Bulzoni, Roma, 1995.

Piro S., *Esclusione, sofferenza, guerra*, La città del Sole, Napoli, 2002

Pitch T., *Responsabilità limitate*, Feltrinelli, Milano, 1989.

Ponti G, Marzagora I., *Psichiatria e Giustizia*, Raffaello Cortina Editore; Milano, 1993.

Reznek L., *Evil or ill?*, Londra: Routledge; 1997.

Rotelli F., *Per la normalità*, Ed e, Trieste, 1994.

Satta S., *Il mistero del processo*, Adelphi, Milano 1994.

Sen A., *The Idea of Justice*, Penguins Books Ltd, United Kingdom, 2009 (tradotto L'idea di Giustizia, Mondadori, Milano, 2000).

Sennet R., *Rispetto*, Il Mulino, Bologna, 2003

Shorter E., *Storia della psichiatria*, Masson; Milano, 2000.

Steadman HJ, McGreevy MA, Morrissey JP, Callhan LA, Robbins PC, Cirincione C., *Before and after Hinckley*. New York: The Guilford Press; 1993.

Szasz TS. *Psychiatric Justice*, Macmillan Company; New York, 1965.

Toresini L., *La testa tagliata: Figlicidio e leucotomia: un processo*

storico a due psichiatri riformatori. Gutemberg, Roma, 1996.

Toresini L., *L'eterna guerra contro i Malati di Mente*, in *Eugenetica: Verso un nuovo ordine nazista: l'odio razziale e la violenza contro i malati di mente*, Mantova ebraica, 2005.

Traverso G.B., *Relazioni tra malattia mentale e delinquenza*. Risultati di una ricerca su 325 ex-degenti, in *Neuropsichiatria*, 33, 127, 1977

Velo Dalbrenta D., *La scienza inquieta*. Saggio sull'antropologia criminale di Cesare Lombroso, Padova 2004

Valenstein E. S., *Great and Desperate Cures*. The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness, Ed. Basic Books Inc. Publ., New

York, 1986, (Ed. italiana: *Cure disperate. Illusioni e abusi delle malattie mentali*, Ed. Giunti, Firenze, 1993).

Venturin E., *"Il caso Imola: la forma e la sostanza del diritto e della cura"* in *"Infermità di mente e diritti civili"*, Atti del Convegno, Bologna 1987.

Venturini E., *"Rehabilitar la ciudad"*, *Psiquiatria publica*, Volumen 11, n° 5-6; septiembre- Diciembre 1999, Madrid, 1999.

Venturini E., Savio N. Alves D., *"Uma sociedade sem manicômio"*, *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 1999, out-dez; Ano 94. N°71.3, Rio de Janeiro.

Venturini E., *"La qualità del gesto folle nella epoca della appropriatezza e della globalizzazione"*. Fogli di Informazione 184, gennaio-marzo 2000, anno XXVIII.

Venturini E., *Prendersi cura della cura, Psicoterapia e Scienze Umane*, Franco Angeli, 2009, XLIII, 3: 381-398.

Venturini E., Degano L., Gramantieri N., *La malattia del vento, Uno*

sbocco possibile al dramma della cronicità, Guaraldi, Rimini.1995

Wakefield J.C., *The concept of mental disorder*. Am Psychol 1992; 373- 88.

Wakefield J. C., *Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R definition of mental disorder*. Psychol Rev 1992; 99: 232-47.

Zatti P., *Infermità di mente e diritti fondamentali della persona*, *Politica del diritto* / a. XVII, no 3, settembre 1986.

Bibliografia de psiquiatria forense

Beck JC, Wenzel H. *Violent crime and axis I psychopathology*. In: Skodol AE, ed. *Psychopathology and violent crime*. American Psychiatric Press; Washington DC, 1998: pp. 1-27.

Benedetti E., *L'imputabilità nei casi di omicidio giudicati dalla Corte di Assise di Appello di Venezia (1981-1995)*. Rass Ital Criminol 1999; 10: 229-56.

Bertolino M. *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale.*, Giuffrè, Milano, 1990.

Brooks AD., *The merits of abolishing the insanity defense*. *The Annals of the American Academy of Political-Social Science*,1985;477:125-36.

Delacroix JM., *Le contretransfert avec des patients borderline en institution psychiatrique*, *L'information psychiatrique* 1978; 54 (10): 1085-87.

Della Noce P., *Le sezioni unite voltano pagina in tema di imputabilità*, *Psicologia e Giustizia* Anno V,no 2 Luglio-Dicembre 2004.

Ferracuti F (a cura di). *Trattato di criminologia, medicina*

criminologica e psichiatria forense. Milano: Giuffrè; 1990.

Ferracuti S., *Malvagità ed imputabilità*. In: AAVV. *Il Male.*, Raffaello Cortina, Milano, 2000: pp. 217-38.

Ferrio C., *Trattato di psichiatria clinica e forense*, Unione Tipografica, E. Torinese, Torino, 1959.

Fornari U., Ferracuti S., *Special judicial hospitals in Italy and the shortcomings of the mental health law*. *J For Psychiatry* 1995; 6: 381-92.

Fornari U., *Trattato di psicopatologia forense*, UTET, Torino, 1997: pp. 128-38.

Fornari U., *Monomania omicida*. Origini ed evoluzione storica del reato d'impeto. Centro Scientifico Editore, Torino, 1997 .

Fornari U., *Trattato di psichiatria forense*, UTET-Torino, 2004;
Giusti G. e Ferracuti F., *Il nesso di causalità in psichiatria forense*. *Ibid.*, vol. 13, p. 359. Giuffrè, Milano 1990.

Giusti G.V., (a cura di). *Trattato di Medicina legale e Scienze Affini*. Padova: CEDAM; 1999, Vol IV.

Gutheil T.G., *Etica e psichiatria forense*. In: Bloch S, et al. (a cura di). *Etica e Psichiatria*. Roma: Percorsi Editoriali; 1999.

Harding T. *A Comparative survey of medico-legal systems*. In: Gunn J, Taylor PJ, eds. *Forensic Psychiatry*. Clinical, Legal and Ethical Issues. Oxford: Butterworth- Heinemann; 1993: pp. 118-166.

Hodgins S., *The criminality of mentally disordered persons*. In: Hodgins S., ed. *Mental disorder and crime*. London: Sage; 1993: pp. 3-22.

Lamothe P, Gravier B., *La psichiatria forense francese*. In: Ferracuti F (a cura di). *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*. Milano: Giuffrè; 1990: Vol. 13,

pp. 179-90.

Lion J.R., Pasternak S. *Countertransference reactions to violent patients*. Am J Psychiatry 1973; 130: 2.

Loretto L., *Le reazioni emotive al paziente violento. Implicazioni diagnostiche e terapeutiche*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000.

Luberto S., *La prassi della perizia psichiatrica (in coll. con F. De Fazio)*. Riv. Sper. di Freniatria, CXII, 1988.

Luberto S., *Problematiche metodologiche delle perizie e delle consulenze psichiatriche nei procedimenti penali*. In "La prova scientifica nel processo penale", a cura di L.de Cataldo Neuburger, CEDAM, 2007.

Luberto S., Zavatti P., Gualandri G., *Tipologia di reato e malattia mentale*. Indagine campionaria su pazienti in trattamento psichiatrico. Quad Psichiatr For 1993; 2: 73- 103.

Luberto S., Zavatti P., Maranghi M.G., Gualandri G., *Fattori criminogeni ed infermità mentale*. Quad Psichiatr For 1994; 3: 58-72.

Manna A., *L'imputabilità e i nuovi modelli di sanzione. Dalle "sanzioni giuridiche" alla "terapia sociale"*. Torino: G. Giappichelli Editore; 1997.

Marzagora Betsos I., *L'imputabilità e Nuove idee in tema di imputabilità*, In: Giusti GV (a cura di). Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini. Padova: CEDAM; 1999, Vol IV p 575-24; pp. 625-56 .

Monahan J., *The clinical prediction of violent behavior*. Londra: Jason Aronson; 1995.

Morselli E., *Il problema della causalità nel diritto penale*. L'Indice penale, Nuova serie, 1, 879, 1998.

Mulvey EP, Geller JL, Roth LH., The promise and peril of involuntary outpatient commitment. *Am Psychol* 1987; 42: 571-84.

Nivoli G. C., Loretto L, Sanna M.N., *Simulazione e malattia mentale*, in: Cassano G.B., et al. *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano:Masson,1999.

Rallo G., Fredduzzi L., Angioni C., *Imputabilità e capacità processuale nel nuovo codice di procedura penale, La Medicina Contemporanea*, Anno IV, no 3, 1997

Russo G., *L'accertamento dell'imputabilità e della pericolosità sociale presso il Tribunale di Messina*. Studio su 93 perizie psichiatriche. *Quaderni di Psichiatria Forense* 1993; 2: 73-305.

Szasz T. S., *Psychiatric justice*, The Macmillan Company, New York, 1965.

Slovenko R., *Psychiatry and criminal culpability*. New York: J. Wiley & Sons; 1985.

Traverso G., Manna P, Marzi A., *La perizia psichiatrica nei processi per omicidio*. *Rass Criminol* 1988; 1: 309-16.

Venturini E., "Quale diritto per il malato di mente in condizioni di emergenza psichiatrica?", *Atti del convegno "Un altro diritto per il malato di mente"*, ESI,

Trieste, 1988.

Venturini E., "La question du consentement et du droit au refus du traitement", in "Santé Mentale: Realités Européennes", érès Ediz., Toulouse, 1993.

Volterra V.(a cura di): *Psichiatria forense, (autore Balloni A.)*, in *Trattato Italiano di Psichiatria*, Ed. Masson, Milano, 2006.

Wotton B., *Crime and Criminal Law.*, Macmillan, Londra, 1981.

Bibliografia sobre a responsabilidade penal do psiquiatra

AAVV, *Tutela della salute mentale e responsabilità penale degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici, Stabilimento Tipografico Pliniana, Perugia, 1989.

Bilancetti M., *La responsabilità penale e civile del medico. Parte I: Il rapporto causale nei reati di omissione – La problematica specifica nella psichiatria – Il trattamento sanitario obbligatorio*”, Ed. CEDAM, Padova-2006, p. 138.

Bricola F., *La responsabilità penale dell’operatore di salute mentale: profili penalistici generali*, in: Manacorda A. (a cura di): *La tutela della salute mentale e responsabilità degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici, Perugia, 1989.

Canepa G., *Note introduttive allo studio della responsabilità professionale dello psichiatra in ambito ospedaliero*, Riv. It. Med. Leg., 5, 19, 1983;

Catanesi R. e Greco O., *Responsabilità professionale dello psichiatra*, in: Pancheri P. e Cassano G.B., (a cura di): *Trattato Italiano di Psichiatria*, Ed. Masson Milano-1999.

De Fazio F., *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Riv. Sper. Psych. Med. Leg., 1218, 1987.

Fiandaca G., *Problemi e limiti della responsabilità professionale dello psichiatra*, Foro It., II/107 ss, 1988.

Fiandaca G., *La responsabilità dell’operatore di salute mentale: i reati omissivi*, in: Manacorda A. (a cura di): *La tutela della salute mentale e responsabilità degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici, Perugia, 1989.

Fineschi V. Marzi A., Centini F., *Morte improvvisa del paziente psichiatrico (S.D.P.P.) in trattamento psicofarmacologico*. Biv. It.

Med. Leg., 16, 95, 1994.

Fiori A., *La riforma (della riforma) psichiatrica e la responsabilità professionale dello psichiatra*. Riv. It. Med. Leg. 4, 536, 1982.

Fiori A., *La responsabilità professionale del medico e dello psichiatra nella tutela della salute mentale*. Med. Mor., 33, 223, 1983.

Fiori A.: *La responsabilità professionale dello psichiatra*, in Ferracuti F. (a cura di): *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Ed. Giuffrè- Milano, 1989, vol. 14.

Fiori A., Bottone E., D'Alessandro E., *Quarant'anni di giurisprudenza della Cassazione nella responsabilità medica*, Ed. Giuffrè, Milano-2000, pp. 295, 513, 913.

Fiori A., Buzzi F., *Problemi vecchi e nuovi della professione psichiatrica: riflessioni medico-legali alla luce della sentenza della Cass. Pen N.10795 /2008*. Rivista Italiana di Medicina Legale, n° 6, 2008, pp. 1438–1455.

Galliani I., *Responsabilità professionale medica in ambito ospedaliero, in riferimento al rischio suicidiario del paziente*, in: Fornari U., Coda S., Iorio M.: *La valutazione della capacità decisionale in psichiatria di consultazione*, Centro Scientifico Editore-Torino, 2003, p. 153.

Giusti G., *La responsabilità civile e penale dello psichiatra*, in Ferracuti F. (a cura di): *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Ed. Giuffrè, vol. 14, p.57, Milano, 1989.

Greco O., Catanesi R., *La responsabilità professionale dello psichiatra*. Piccin, Padova, 1990.

Introna F., *Problemi interpretativi, pratici e burocratici suscitati*

dalla legge sui trattamenti sanitari obbligatori, Riv. It. Med. Leg. 3, 15, 1980.

Manacorda A.: *Responsabilità dello psichiatra per fatto commesso da infermo di mente*, Foro It., II/122 ss, 1998.

Marra G., Pezzetto S., *La responsabilità dello psichiatra nella giurisprudenza successiva alla legge 180 del 1978*, Cass. Pen. 3429 ss, 2006.

Maspero M.: *Mancata previsione di un evento suicidiario e responsabilità dello psichiatra: creazione di un fuzzy set, o rilevazione di un ossimoro?* Riv. It. Med. Leg., 5, 923, 2004.

Norelli G.A., Magliona B., Bonelli A.: *La contenzione dell'anziano tra pratica clinica e violenza: aspetti medico-legali*, Riv. It. Med. Leg. 21, 1063, 1999.

Pazzagli A., *Responsabilità professionale*, (autori Catanesi R., Greco O.) in *Trattato Italiano di Psichiatria*, Ed. Masson, Milano, 2006.

Pellegrini P., *Sulla responsabilità in psichiatria*, in "Psicoterapia e scienze umane" no3, p. 296, 2008.

Portigliatti-Barbos M.: *La responsabilità professionale dell'operatore di salute mentale: profili medico-legali*, Riv. It. Med. Leg., 5, 19, 1983.

Portigliatti Barbos M., *La responsabilità professionale dell'operatore di salute mentale*. in: Manacorda A. (a cura di): *La tutela della salute mentale e responsabilità degli operatori*, Centro Studi Giuridici e Politici, Perugia, 1989; p. 59.

Pozzi E., *Responsabilità in psichiatria: una nota*, in "Psicoterapia e scienze umane", no 2, p. 220, 2008.

Pozzi E., *Microfisica dell'insicurezza*, in *Rivista Sperimentale di*

Freniatria, 132 (3), 2008.

Pozzi E., *Il fatto e le sue conseguenze, posizione di garanzia e legge 180*, in *Psichiatria di Comunità*, 7 (4), 2008, pp.217-221.

Zannotti R.: *La responsabilità penale dello psichiatra*, in *Giusti G. (a cura di): Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini*, Ed. CEDAM Padova-2008, vol. 9, p. 481.

Bibliografia sobre a periculosidade do paciente psiquiátrico

Arata A., Traverso G. B., *Devianza, ideologia del trattamento criminologico, limiti della programmazione socio-sanitaria*, in *Neuropsichiatria*, 34, 259, 1978.

Ashley M. C., *Outcome of 1.000 cases paroled from the Middle Town State Hospital*, in *New York States Hospital Quarterly*, 8, 64, 1922.

Bandini T., Gatti U., Traverso G. B., *Omicidio e controllo sociale. I risultati di una ricerca*, F. Angeli, Milano, 1983.

Cohen L. H., Freeman H., *How dangerous to the community are State Hospital patients?*, in *Conn. Med.*, 9, 697, 1945.

Crepet P., Prosperi L., *Ipotesi di pericolosità. Ricerca sulla coazione nell'esperienza di superamento del manicomio di Arezzo*. Il pensiero Scientifico, Roma, 1982.

Debuyst, C., *Dangerosité et justice pénale. Ambiguïté d'une pratique*, Genève, Masson, 1981.

Debuyst Ch., *La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie*, in *Criminologie*, 17, 7, 1984.

Dozols J., Lalonde M., Poupart J., *Dangerosité et pratique criminologique en milieu adulte*, in *Criminologie*, 17, 25, 1984.

Elbogen E. B., Johnson S. C., *"The Intricate Link Between Violence*

and Mental Disorder”in *Arch Gen Psychiatry*, vol 66, n°2, feb 2009.

Foucault M., *L'évolution de la notion d'« individu dangereux » dans la psychiatrie légale*, in *Déviance et société*, 5, 403, 1981.

Gatti U., Traverso G. B., *Malattia mentale e omicidio. Realtà e pregiudizi sulla pericolosità del malato di mente*, in *Rass. Criminol.*, 10, 77, 1979.

Girolami P., Jourdan S.: *Lo psichiatra e il suicidio del paziente. Viaggio attraverso le categorie giuridiche delle “obligations de sécurité” e degli “obblighi di protezione”*, *Riv. It. Med. Leg.*, 1, 53, 2001.

Guze S. B., Woonxuff R. A., Clayton P. J., *Psychiatric disorders and criminality*, in *J.A.M.A.*, 227, 641, 1974.

Hafner H., Bóker W., *Gewalttaten Geistesgestörter. Eine Psychiatrisch- epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland*, Springer Verlag, Berlin, 1973.

Krafft-Ebino, R., *Psychopathia sexualis*, Ed. Schor, Milano, 1931.

Luberto S., *Criminological expertise and evaluation of dangerousity: the medico-legal approach (in coll. con F. De Fazio e I. Galliani)*, *Annales Internationales de Criminologie*, vol. 19, no 1, 1981.

Luberto S., *La nozione di pericolosità dalla psichiatria alla criminologia (in coll. con F. De Fazio)*, *Relaz. Congresso Naz. S.I.P.* Milano, 1986.

Pfoxl S., *Predicting dangerousness. The social construction of psychiatric reality*, Lexington Books, Toronto, 1978.

Pollocx L. H., *Is it paroled patient a menace to the community?*, in *Psychiatric Quarterly*, 12, 236, 1938.

Ponti G. L., Gallina Fiorentini P., *La recidiva nell'omicidio*, in G.

Canepa (a cura di), *Fenomenologia dell'omicidio*, Giuffrè, Milano, 1985, p. 121.

Portigliatti-Barbos M.: *La "pericolosità psichiatrica" e il "duty to warn"*, in: *Scritti in onore di Vittorio Chiodi*, Ed. DEG – Firenze, 1995.

Robert P., *La crise de la notion de dangerosité*, in Canepa G., Bandini T. (a cura di), *Orientations critiques dans le domaine de la dangerosité*, Bulletin du Centre International de Criminologie Clinique, 9, 1982.

Rollins C., *Crime and mental illness viewed as deviant behaviour*, in N.C.J. Mental Health, 8, 18, 1973.

Sirotych F., *"Correlates of Crime and Violence among Persons with Mental Disorder: An Evidence-Based Review"*. Brief Treatment and Crisis Intervention 8 (2): 171–94. 2008.

Solomon PL, Cavanaugh MM, Gelles RJ., *"Family violence among adults with severe mental illness: a neglected area of research"*. Trauma Violence Abuse 6 (1): 40–54, January, 2005.

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, et al. *"Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods"*. Arch. Gen. Psychiatry 55 (5): 393–401, May 1998.

Stone MH., *The personalities of the murderers: The importance of psychopathy and sadism*. In: Skodol AE, ed. *Psychopathology and violent Crime*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1998.

Stuart H., *"Violence and mental illness: an overview"*. World Psychiatry 2 (2): 121–4. PMID 16946914, June, 2003.

Traverso G. B., Verde A., *Pericolosità e trattamento in criminologia. Note in margine alle VIII Giornate Internazionali di Criminologia Clinica Comparata (Genova, 25-27 maggio 1981)*, in *La questione*

criminale, Settembre-Dicembre, 503, 1981.

Taylor PJ, Gunn J., "*Homicides by people with mental illness: Myth and reality*". Br J Psychiatry 174: 9–14, January, 1999.

POSFÁCIO

Quem responde pelo assassinato do “loucoinfrator”?

O que acontece quando o sujeito é prensado entre predicativos que o presumem? *Loucoinfrator!* O que acontece quando supostos adjetivos ganham o poder de representar uma existência? Jean-Pierre Rivière e Giovanni M. respondem-nos:

Em 22 de outubro de 1840: Rivière, condenado há alguns anos como parricida e fraticida, cuja punição foi comutada em prisão perpétua por ter, em seu crime, características de alienação mental, se enforcou na prisão de Beaulieu. (...) Rivière acreditava estar morto (...), queria que cortassem seu pescoço, o que não lhe causaria nenhum mal, pois já estava morto. (VENTURINI, p.10)

Na entrevista com os peritos, Giovanni se mostra tomado por delírios e medos: privado da responsabilidade por seus gestos, é privado do decorrer do tempo. Diz: ‘Já estou morto’. Mais do que um delírio, essas palavras parecem uma reflexão sobre o trágico destino que o persegue e que chegou ao seu ato final.(...) A profecia se realiza, a derrota é irremediável: agora ele está no ‘buraco negro’ do HPJ. (...) Em 23 de setembro de 2003, Giovanni morre no HPJ de Reggio Emília. (VENTURINI, p.39-40)

Quem responde pelo assassinato de Rivière? Giovanni e tantos outros mortificados pela pedra sepulcral do silêncio, como disse Althusser?

Ernesto Venturini, com sua obra “O crime louco”, traz-nos a apresentação da repetição irrefletida que, durante mais de dois séculos, tem sido recolhida do cotidiano dos procedimentos que movimentam os tribunais criminais, sobretudo, quando o processo judicial visa esclarecer a responsabilidade em caso de crime cometido por pessoas designadas como “doentes mentais”, a partir da tese que os julga como “incapazes de entender e de querer” (antes mesmo de seu ato/crime!)

Nesse livro, percorremos a trajetória dirigida por essa tese antecipada, instalada como pressuposto a orientar a leitura dos fatos e a condução dos processos. Fomos aos confins dessa presunção para constatar que, invariavelmente, o destino processual e a vida dos envolvidos nesses casos sofrem a consequência mortífera de tal suposição. Como se fosse natural, desde o século XIX, não é levamos em consideração a responsabilidade do sujeito que por vezes enlouquece; sua voz estará ausente do processo, expertos falam em seu lugar.

O que esperar da tese “Incapazes de entender e de querer”?

A partir de quatro casos diferentes, o autor nos mostra o mesmo: o cúmulo do absurdo gerado pela tese de que os ditos “loucos” são incapazes de responder por seus atos. O sistema de justiça italiano decidiu mover suas engrenagens a procura dos responsáveis pelo incidente, uma vez que os autores do ato não poderiam sê-lo. As investigações focaram “naturalmente” os psiquiatras e trabalhadores dos serviços de acompanhamento daqueles tidos como responsáveis pelos “*loucosperigosos*”.

Entenderam que os especialistas em saúde mental devem estar em posição de alerta permanente, admitindo-se que o dever de impedir danos a terceiros resulta da posição de garantidor dos profissionais que acompanham o tratamento nas redes de saúde mental.

O que eles devem garantir? O controle da ordem social!

Essa necessidade (e suposto dever) é herdeira da suposição de que os ditos “loucos” são monstros perigosos. Sendo assim, desde a desconstrução dos manicômios, os especialistas e serviços de saúde mental passariam a ter (no imaginário de tantos) a função inequívoca de serem os corpos substitutivos dos muros dos hospícios, cuja tarefa seria a de contenção da loucura e dos danos que esta, provavelmente, causaria a terceiros.

O livro que pudemos ler traz evidências inequívocas de que aquele que manifestou algum episódio de doença diagnosticado como “mental”, no percurso de sua vida, geralmente desaparece

enquanto sujeito, esmagado pela classificação “científica”. A doença, segundo a tese dos especialistas, o transforma em “*doidoincapaz*” e “*loucoperigoso*” para sempre (mesmo que potencialmente). Tal veredicto passa a exigir, do poder público, mecanismos de controle permanentes. Ao serviço de saúde mental pressupõem o dever de cuidar disso.

Os autores avaliaram que os “incapazes de entender e de querer” impõem, ao poder público, a obrigação de tutela permanente. O dito “louco” foi suposto objeto aos cuidados de outrem cujo dever seria o de assumir “*a posição de garantidor, seja na via da proteção – que impõe o dever de preservar o objeto protegido de todos os riscos que possam atingir a sua integridade, e a de controle, que impõe o dever de neutralizar eventuais fontes de perigo (exercício de atividades perigosas)*” (VENTURINI, p. 16).

Os trabalhadores da assistência em saúde mental foram tomados, pelo poder público, como os responsáveis por o que acontecer aos “*doidosincapazes*”, pois a crença na ciência é de tal sorte presunçosa, que parte do delírio a ideia de que a ciência psiquiátrica teria consigo os instrumentos científicos válidos para realizar previsibilidades.

Kafkanianamente, desenrolam os processos. Seguimos sua leitura.

“O crime louco” revela que o delírio de controle do risco, presumível no corpo marcado pelo diagnóstico, tornou o próprio sistema de justiça enlouquecido. As sentenças criminais, ao conter os corpos a serem controlados, mostram-se incapazes de impedir os danos que geram na vida dessas pessoas. Sua subjetividade e singularidade foram trituradas pelo trator nosológico, deixando essas pessoas quase sempre incapazes de se protegerem e se defenderem face aos julgamentos que silenciam a sua voz, promovendo o apagamento do sujeito e de suas respostas de sociabilidade.

O silêncio da voz do autor do crime louco é gritante!

No caminho das elucubrações do pensamento de outrem, lemos o registro dos que falam em seu nome. Uma vasta documentação processual é gerada e fica evidente, para quem sabe ler, que a loucura

não está instalada no corpo do sujeito que cometeu o crime, e sim no corpo documental que procura a verdade sobre a responsabilidade de um ato cujo autor foi silenciado.

Os resultados de tal esforço, engendrado pelas engrenagens periciais e forenses, acumulam um conjunto de ficções variáveis (os laudos periciais), como se fossem registros da verdade. Apesar da precariedade de suas teses, esse amontoado ficcional mostra-se suficiente para subsidiar o sistema de controle social que, ávido para eliminar o risco, se revela pouco rigoroso, engolindo qualquer ideologia, como se fosse a verdade. O risco não é eliminado (por certo todos sabem). Incapaz de oferecer a promessa de garantia, tal parafernália ilusionista desaparece com o sujeito, agora reduzido a um simples objeto para exame e controle de outro.

Esta tem sido a tese dominante e mortífera a conduzir os casos de sujeitos que em momento de sofrimento intenso realizaram um ato fora da lei. Contudo, nossa experiência com a loucura exige que ofereçamos resistência! “O crime louco” dá um passo nessa direção.

Ernesto Venturini realiza uma análise minuciosa do discurso que anima as conclusões dos expertos, demonstrando que são as ideias preconcebidas dos peritos, e não o real do caso em si, que amarram as costuras de seu julgamento.

Mas o flagrante da precariedade das conclusões dos procedimentos sobre o incidente (notório abismo entre as ficções periciais e o real de cada acontecimento), ou seja, a evidência de sua fragilidade, não parece ser suficiente para reduzir a força da sentença - sempre danosa para o sujeito, dito “louco” e emudecido pelo processo; sempre catastrófica para o projeto de saúde mental que, desde Basaglia, busca reinserir “a loucura de cada um” no mapa da humanidade.

Orientados quanto ao real, somos todos responsáveis.

Ernesto escreve esse livro porque não pode deixar de fazê-lo. Sente “a necessidade de dar a sua chave de leitura dos fatos, sobretudo, porque esses casos são paradigmáticos para uma reflexão, em todos os campos, sobre os temas da responsabilidade, da periculosidade e

da inimputabilidade em psiquiatria”. (VENTURINI, p.28)

Sua obra é a resposta extraída de suas análises dos processos e da conjuntura política italiana frente às relações entre a loucura, o direito penal, a psiquiatria segregacionista e o projeto de saúde mental. É sua responsabilidade! A exposição e leitura da complexidade que nutre tal cenário descortina-nos a honestidade intelectual do autor ao localizar os furos, o erro, o impossível, as contingências que, cotidianamente, atravessam a experiência de uma proposta de saúde mental que suporta a convivência, e por ser intrinsecamente tecida por sujeitos, humanos, está sujeita ao real.

Em determinado momento do texto, quase anotei em suas margens as impressões que se impunham ao pensamento, assentadas em hipóteses sobre o que não aconteceu. Divagava! E se outra posição fosse assumida pelos cuidadores, pelos responsáveis pelo serviço, pelos médicos psiquiatras? E se outra orientação servisse de guia para ler os sinais apresentados naqueles dias? Talvez outra direção do tratamento teria se imposto, talvez pudéssemos presumir que as consequências registradas seriam outras, se fossem outras, se fossem outros... Será que seria possível, ao saber garantir o controle sobre o real!

Basta seguirmos adiante na leitura do texto corajoso de Venturini – (se suportarmos a emergência da nossa própria divisão) – para consentirmos com o real implacável a esburacar o frágil véu do saber com o qual, por vezes, pretendemos encobrir o impossível e proteger a suposição de um saberzinho qualquer!

Há um impossível de saber. Não há como abolir a contingência, não é possível prever a resposta a tal emergência, seja médico, paciente, juiz, educador, familiar, etc. É no intervalo variável do cruzamento das respostas dos sujeitos, em suas múltiplas possibilidades, que o real se impõe sobre toda experiência humana. Os fatos acontecem a partir dessa contingência. Cálculos, probabilidades, estamos atentos! Mas não há garantias. Que estejamos, então, orientados quanto ao real.

A partir dessa chave de leitura, o que a experiência com o acompanhamento de sujeitos encaminhados ao projeto de saúde mental nos deixa saber?

Podemos destacar, no relato dos quatro casos desta obra, a importância a ser dada ao saber do sujeito sobre o seu sofrimento; a necessária construção do caso pelos vários que o acompanham; o partilhar dos elementos recolhidos no percurso do sujeito e que indicam suas respostas e impasses; seu saber fazer frente ao seu próprio sofrimento, limites e possibilidades.

A transmissão do saber que é recolhido do cotidiano do acompanhamento, frequentemente, é a bússola que nos serve de guia para estabelecer a convivência e o cuidado pretendido entre os vários que passam a integrar uma determinada rede social. Cada sujeito tem seu modo de vida, seu sintoma, e o modo de ter acesso à sua singularidade é dar lugar para o que ele nos ensina sobre o seu jeito de se apresentar, a cada vez, em cada encontro/desencontro.

O cuidado no acompanhamento de casos em saúde mental deve supor mais saber no sujeito que sofre do que nos manuais de psiquiatria. Considerar as respostas do sujeito como demonstração de sua posição subjetiva e delas se servir como orientação em seu acompanhamento, é uma direção para o tratamento. Supor que ali tem um sujeito capaz de apresentar suas angústias e localizar seu sofrimento é condição primeira para sustentação ética e clínica de um projeto de saúde mental substitutivo à clausura e à tortura dos manicômios. Somos responsáveis por considerar e inserir as respostas do sujeito no tecido da rede social que o concerne e que nos diz respeito, quando ele nos confere um lugar ao seu lado. É com isso que construímos a direção desse acompanhamento.

Enfim, a condução do acompanhamento deve orientar-se pelo cálculo desenhado das respostas recolhidas no cotidiano do cuidado, que sofre das variações singulares daquele que fala, daquele que escuta, daquele que registra. É gente cuidando de gente! Portanto, fica claro a importância da formação das pessoas que estão envolvidas

nesta rede de atenção, desde os especialistas em saúde até aqueles que cuidam das rotinas sociais e domésticas. A formação para acolher e tratar o sofrimento humano é para todos, sem distinção. Aqui não registramos hierarquia, todos estão ligados ao movimento da vida como ela é, e que nem sempre é óbvio, claro e direto. Somos todos responsáveis!

Certo é que “viver é perigoso”, diria Guimarães Rosa, portanto, “navegar é preciso”, responde Fernando Pessoa. Todos os dias, ao sair de casa para cumprir o roteiro, fazemos um cálculo da trajetória (o fazemos melhor quando estamos esclarecidos e bem formados para realizar as manobras necessárias do percurso), mas imprevistos acontecem e nem sempre se mostram a tempo de mudarmos a direção.

Pois é, a vida humana não é matemática. O detalhe imprevisto, a causalidade pulsional invariável, sempre aparece para mudar o rumo. A razão não governa, sempre! Um dia não é igual a outro, as variações de humor e de atenção também alcançam os sujeitos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, educadores, peritos, juízes, etc., no exercício de suas funções. Perturbações inconfessas, sem sentido, desconhecidas, atravessam sem dizer de onde vieram e exigem respostas para seu sossego. É humano!

Só depois, nos lembra Venturini, poderemos montar, com as peças disponíveis, a complexidade que deu causa a determinado evento; verificar como cada um, tensionado pelos elementos perturbadores de seu ser, pode responder a essa montagem impossível de prever. Frente a um acontecimento real, cada um, com os recursos de que dispõe, confere autenticidade subjetiva a sua resposta.

Não falaremos de erro ou culpa, mas sim de responsabilidade!

Ao assumir o desafio de uma sociedade sem manicômios, apostamos na capacidade do sujeito de poder inventar, a sua maneira, uma solução razoável de lidar com a sua diferença no convívio social e de responder pelas consequências de seu modo de vida.

Neste ponto, não há diferença entre nós! Cada um tem que arrumar

um jeito de tratar a sua loucura no espaço das trocas compartilhadas, de modo a fazer caber-se aí.

A exclusão das ilhas de segregação do território das cidades, ou seja, o fechamento dos manicômios, exigiu da sociedade sua responsabilidade na montagem de uma rede de atenção e convivência que suportasse a diferença de cada um, suas esquisitices, em suas tramas. Uma rede feita de gente, especialistas e não.

Dispositivos fizeram-se necessários para amarrar essa rede feita por muitos, para sustentar a atenção e o acompanhamento do sujeito que, por vezes, enlouquece. Se isso acontece, seu sofrimento pede por tratamento.

Mas, outras vezes, o sujeito arruma-se com sua solução de vida, ao seu modo. Pode parecer um jeito esquisito aos olhos dos que acreditam em “normalidade”. Mas, que se diga, “de perto, ninguém é normal!” Isso vale para os ditos “loucos” ou “normais”, quando sossegados com seu sintoma. A loucura não é uma doença, é um modo de vida (ainda que “os loucos” possam, em algum tempo, adoecer). Como todos nós, eles seguem o programa pulsional que nos faz humanos e o real que o movimenta, estabilizados pela corda bamba da rotina do laço social que nos engendra.

O direito de responder como marca da humanidade.

O sistema penal, na contramão dos avanços da reforma antimanicomial, trata aqueles que já enlouqueceram na vida como exceção à regra da humanidade, fixando-os eternamente ao seu diagnóstico. O “sistema” penal ignora sua condição de sujeito de direito, desde que foram catalogados. Ali, a “doença mental” não é uma situação, uma crise que vem e que passa. Aquele que um dia recebeu o diagnóstico de “doente mental” passa a ser uma aberração permanente aos olhos do “sistema”.

(“*Loucoperigoso*”, “*doenteincapaz*”... Ah! Apertem os cintos! O sujeito sumiu prensado entre os predicativos que o representam. Roubaram-lhe o intervalo por onde cada um se apresenta portador de uma singularidade sem igual. Onde está o larápico que responderá

pelas consequências desse ato?)

Os quesitos formulados pelos operadores do direito e os laudos periciais dos expertos revelam, em "*O Crime Louco*", o contorno das ideologias e teses que os aprisionam na cela reduzida de sua miopia. A patologia do "sistema" seria uma defesa ao real indomável ou um traço de perversidade? O que podemos afirmar, contudo, é que tal pretensão de controle é, sobretudo, delirante.

A situação dos processos relatada por Venturini serve-se dos detalhes absurdos que abundam na documentação recolhida. O que se repete, em cada caso e processo, é o erro incrustado no cerne do próprio sistema. Erram porque não consideram a condição humana ali engendrada. Escalam as montanhas do ideal e são enterrados pelos montes de equívocos.

Quando um crime demasiadamente humano acontece, de que adianta buscar asilo na lógica abstrata das ideias sobre o homem normal, fechar as janelas do mundo da vida e enterrar-se nos formalismos dos ritos e dos conceitos, pressupostos ditos científicos? Sabemos que a lógica formal, do certo e do errado, é adversa àquela que constitui a nossa insondável humanidade. É feita pela presunção ideológica, quase sempre idiota, e afasta-se do real da condição humana e de seus arranjos para lidar com o mal-estar da convivência, nem sempre tão evidente.

A ideia de um "sistema" garantidor da ordem social (a garantia do controle, sempre impossível), ao expulsar o elemento humano da órbita de seus dispositivos e análises, encontrá-lo-á paradoxalmente, ao final, no fracasso de suas pretensões.

Atenção! Não há nada mais humano do que o crime, lembramos J-A. Miller². Responder pelos atos praticados é uma solução humanizante, lembram-nos os sujeitos que acompanhamos. Responder por seus atos é a condição do ser falante, através do aparelho da linguagem, com o qual cada um se arranja para responder pela sua diferença e encontrar junto aos outros do convívio, um modo de reconhecimento. Por essa via, partilha-se, na medida do possível,

uma ordem simbólica, que estabelece regras e acordos em comum.

E se os acordos de convivência forem transgredidos? Se, ao sermos loucos o suficiente, em tempo e razões diversas, atravessarmos o rubicão proibido por lei? Outrem deve responder por nós? Acreditaríamos na potência da representatividade? Um ato de loucura anula o autor desse ato? Entregaremos à caneta do perito a resposta pelos nossos atos, porque quando o fizemos, não agimos racionalmente? Não! Todo ato tem consequência e o sujeito, de qualquer modo, responde pelas consequências de seus atos num reconhecimento da sua humanidade, inclusive por suas falhas, erros, e toda sorte de loucuras. Somos responsáveis, inclusive, por nossos sonhos, disse-nos Freud.

Ernesto Venturini pergunta, em sua obra, por que os loucos não são considerados responsáveis. Por que seriam menos humanos, menos capazes de demonstrarem sua responsabilidade para com seu ato do que os outros? A lei é a borda, é a resposta simbólica e social que indica o limite para nossos atos em uma comunidade, numa determinada época. A lei é uma referência, inclusive para situações onde o sofrimento intenso embaraça a fronteira que demarca as condições de sociabilidade, dos acordos de convivência reguladores da sua humanidade. Apresentar-se como responsável é reconhecer a lei e consentir com as consequências estabelecidas pela sociedade quando seu ato for fora da lei.

Um simples exemplo: Atravessei o sinal vermelho. O código de trânsito está lá, desde antes. Não interessa a causa de tal ato, terei que responder por isso. A multa vai direto ao meu endereço. Sou responsável! O que interessa não é a causa, respondo pelas consequências.

Outro exemplo de que é no nível das consequências que somos chamados a responder e não pela causa de nossos atos: o desejo de matar não é causa de nenhum processo judicial, salvo se esse desejo se expressar através de ameaças, tentativas ou a realização do assassinato. O que causou esse desejo? Impossível responder nos

termos da objetividade jurídica, isso talvez tenha alguma importância em outro lugar, mas é de foro íntimo, não deve ser motivo de investigação pública.

Sabemos que a pergunta sobre a causa dos atos do sujeito não é toda abordável, matéria insondável, infindável... Impossível de responder sobre a causalidade que enreda e constitui a natureza humana. Frente a tal impossível resta, a cada um, responder pelas consequências que advêm do que causa sua existência singularíssima.

No campo social, no campo do possível no âmbito do público, foca-se então o ato, a consequência, a resposta. Cada um responde por seu ato, conforme a letra da lei, independentemente de suas tramas subjetivas, quase sempre, indecifráveis.

O normal é agir conforme a norma, conforme a lei. É o que se espera de uma convivência social regulada por um projeto compartilhado. O que escapa à norma estabelecida é lido como a-normal e, portanto, espera-se dos que a transgridem que venham diante da justiça responder por seus atos (a-normais), que respondam pelas consequências de terem agido fora da norma.

Por que tem sido diferente, com os ditos “loucos”, desde o século XIX? Seu ato seria “mais” a-normal que todos os outros que estão fora da norma? Ou é a suposição de sua incapacidade, suposição de que a loucura é uma deformidade humana, de que ali estaria um humano menos capaz de ser humano? Suposições que surgiram com o advento das ciências humanas e que, desde o século XIX, ensinam que outrem (podemos colocar “o outro”?) deve falar em nome dos “loucos”, por que sua voz e sua pessoa não são reconhecidas como suficientemente humanas para assumirem as consequências de seus atos? As consequências, “ora bolas”, sabemos quais são!

Outros falam por aquele considerado “louco”. Seu destino é decidido sem a sua participação; foi reduzido a puro objeto e, como tal, vai ser enclausurado nos manicômios judiciais, até que cesse a presunção de sua periculosidade. Presunção diz respeito à suposição dos peritos sobre sua capacidade de convivência em sociedade.

Peritos em “comportamento humano” presumem o futuro com base em seu suposto saber. Presunção é o nome!

Porém, no final das contas, é o tal dito “louco”, julgado incapaz de responder pelas consequências de seus atos, quem responderá. Serão o seu corpo, sua subjetividade e sua sociabilidade que sofrerão as consequências da sua suposta incapacidade e periculosidade. É o dito “louco” que será varrido feito objeto para os porões dos manicômios. Ele sofrerá o exílio de sua humanidade das redes sociais compartilhadas: o que disser ou fizer, desde então, será expressão da sua “doença”, nunca mais seu gesto será reconhecido como uma resposta de um ser humano qualquer frente às situações que lhe são apresentadas pela vida que leva.

Os predicativos “louco”, “perigoso”, “incapaz”, “doente”, etc., estão afixados em seu corpo, definitivamente, em razão do seu ato. No final das contas, é o dito “louco” quem paga o preço por ter cometido um ato fora da lei. Entretanto, ele não poderá participar do processo com sua palavra, não terá a chance de responder por seus atos como qualquer ser humano, não terá acesso ao processo, nem tampouco poderá se defender das elucubrações que dizem sobre si e seu ato; não poderá responder a pergunta dos outros sobre o seu crime.

O sujeito dito “louco” está morto no processo criminal, cujo veredicto, tantas vezes, tem sido violador de todos os seus direitos, em nome da defesa social. Desde então, ninguém responderá pelas consequências desse assassinato d’alma. Ninguém será chamado a responder pelas inúmeras violações de direito que sofrem os cidadãos trazidos nos casos relatados por Venturini e tantos milhares de outros. Eles sofreram as consequências de seu ato e outros ainda sofrerão até o final dos seus dias, na forma da tortura, da violação de direitos, do sepulcro do silêncio.

Por que não puderam responder como qualquer cidadão que mata, rouba, ameaça? Por que deles foi subtraído o direito de responder como qualquer cidadão de acordo com a letra da lei? Por que

apagaram a sua voz para dar lugar à voz patologizante e mortífera da ciência psiquiátrica pericial? Por que essa violação de direitos é dada como natural, inquestionável? Quem responde por essa loucura? Quem são os responsáveis?

Os processos em análise no livro “O crime louco” buscaram auferir responsabilidade aos psiquiatras e serviços em saúde mental. São processos claramente comprometidos com a ideologia manicomial e segregativa. O contexto político em torno dos processos nos avisa que, em verdade, buscaram responsabilizar o projeto de saúde mental que aposta e sustenta o convívio com a loucura na cidade aberta. E, na cidade, incidentes acontecem!

A literatura documentada, por Venturini, frente à complexidade do incidente real é farta! Encontramos a sua expressão nas matérias de jornais, nos registros em segredo, nas cartas rasgadas... Porém, diversas vezes, a surpresa me pegou de jeito e me emocionei, com os parênteses abertos pelo autor que, como suspiros no texto, os rasgavam para fazer escorrer, por esse furo, sua indignação frente a toda e qualquer pretensão de controle. Controle este, que busca se garantir pela redução da capacidade de respostas do sujeito e, com isso, subtrair-lhe a potencialidade de expressão da sua condição humana.

Venturini não cede à impotência, mas consente com o impossível! Desculpa-se, esclarece que este é o seu relato, reconhece seu limite, e segue adiante, sem recuar frente ao seu desejo de abrir, com sua obra, uma nova janela para ler os mesmos fatos. Leva o leitor a apostar em um mundo que suporta a convivência com a loucura de cada um. Um mundo feito por muitos. Com “O Crime Louco”, uma janela para as inéditas e imprevistas manifestações da responsabilidade do sujeito foi aberta, no lugar das oitocentistas portas fechadas que ainda apagam o sujeito, transformando-o em objeto mortificado pelo exame dos especialistas, por tempo indeterminado.

Se hoje nos perguntamos por que essa lei e não outra, em relação aos sujeitos, por vezes, loucos infratores, não é para anular a função da lei. A obra de Venturini soma-se à luta que é de todos nós,

permitindo-nos elementos para continuarmos nosso enfrentamento do “sistema” ao questionarmos, sim, a forma do texto normativo, justo ali, onde o texto da lei segrega e anula o sujeito como responsável por seu ato. Ali, onde o perito aparece para falar em nome dele, fazendo, de alguns, exceção à regra e, portanto, objetos do exame científico e nulos como sujeitos de direitos.

O crime e a lei fundam-se engendrados no projeto de convivência entre humanos. O ato-crime, aliás, foi o ato inaugural da civilização, fundação da sua humanidade. A lei humaniza. É desumano não ser considerado humano o suficiente para responder pelas consequências de sua existência, não reconhecer em cada um a possibilidade de que possam advir outras respostas.

Venturini, ao trazer às claras, com sua obra, os furos, o imprevisível, o impossível de controlar que atualiza e descortina a experiência complexa que envolve os atos e laços humanos, deixa-nos um claro recado: se, por um lado, existe um impossível de controlar, posto que a convivência humana e a resposta de cada sujeito concernem a um real imprevisível, é justamente do fracasso do controle que a potência da condição humana se vivifica, quando se mostra capaz de inventar saídas inéditas, diversas e imprevisas, marcando sua radical diferença da condição de objeto calculável, controlável, domesticável.

Essa visada é possível somente quando se consente que não existe sujeito sem responsabilidade, como princípio inabalável para pensarmos uma sociedade onde cada um responde por seus atos, sem distinção. Desde então, muito se repete, mas também anotamos o esforço daqueles que resistem à lógica da segregação, do apagamento do sujeito.

Assim como Venturini, não estamos entre os que acreditam na periculosidade intrínseca, na domesticação do programa pulsional que movimenta a humanidade. De tal sorte que propomos uma subversão: no lugar da presunção da periculosidade, elevar a presunção de sociabilidade, e que cada um responda pela “dor e

delícia de ser o que é!”.

As considerações do autor, conforme esclarece em sua obra, “não nascem de uma abstrata declaração de princípios. Tem sim em conta as muitas experiências que, nesses últimos anos, têm permitido percursos alternativos à declaração de total inimizabilidade do louco e envio de pacientes para HPJ. (...) Se eliminarmos a palavra ‘culpável’ e usarmos o termo ‘responsável’, então devemos convir (...)” (VENTURINI, p.50)

É por essa via que deixo aqui anotada uma experiência cujo testemunho (suponho) trouxe-me a indizível satisfação de posfaciar tão importante obra, de quem muito admiro a vida e percurso político, o autor Ernesto Venturini.

Uma política intersetorial orientada pelas respostas do sujeito

Em Belo Horizonte, temos trabalhado com situações complexas, em que a proposta é promover a conexão do detalhe particular que humaniza cada sujeito com a resposta do sistema de justiça e da sociedade, de forma geral. Para tanto, apostamos numa política intersetorial articuladora de ações entre os sistemas de justiça, saúde e recursos sociais diversos, dando lugar a respostas singulares para casos singulares, sem abrir mão da responsabilidade do sujeito diante dos atos dos quais é autor¹.

Falo do PAI-PJ, um programa de atenção ao paciente judiciário. Trabalho feito por muitos, que visa oferecer ao Sistema Judiciário subsídios que atendam à individualização na aplicação da medida judicial, enfatizando o acompanhamento de tais pessoas, para garantir-lhes a possibilidade de responderem por seus atos.

A proposta é avançar e desconstruir o mito da periculosidade que lança os portadores de sofrimento mental para o lugar marginal, condenando-os a habitarem os porões da loucura. Permitimos-nos deixar em suspensão o modelo racional da modernidade e questionar os paradigmas responsáveis por uma prática de segregação, ao inserirmos na cultura novos valores. Permitimo-nos, ainda, mudar a postura diante da loucura e tratar os ditos “loucos” como cidadãos que

têm direitos e o dever de responderem por suas ações na sociedade.

A história nos permite constatar que o princípio de uma universalidade dogmática, para todos, não possibilita a igualdade diante da lei. A igualdade somente pode se colocar no campo jurídico quando o sujeito é convocado a responder pelo seu ato no tecido social e a inserir a singularidade de seu texto ao responder pelos princípios universais que orientam a convivência na cidade. Por isso, a medida jurídica só atingirá seu fim público se for cunhada a partir de um projeto que contemple a singularidade de cada caso, a partir de princípios universais.

A sociedade é responsável por não dar ouvidos à loucura. Perigosamente, não assiste seus cidadãos quando deixa a loucura do lado de fora, como convém aos aparelhos racionais de controle da ordem social. As histórias de ninar apresentam os doidos como sendo do lado do mal, bicho-papão. Mais tarde, na universidade, escola de Psicologia, Psiquiatria, Direito, dentre outras, apresentam a psicopatologia irrecuperável da loucura e todos os meios científicos de realizar a sua contenção e exclusão da ordem social. A exclusão que sofrem os loucos infratores é indiscutível. Mas, sobre isso, verificava-se um silêncio consentido, nos diversificados setores da sociedade.

O Tribunal de Justiça de Minas Gerais, para transformar o cuidado a esses casos, no seu campo de competência, criou o PAI-PJ, fruto de uma ação coletiva do Poder Judiciário, Rede de Saúde Pública e sociedade na atenção a esses cidadãos. Hoje, a rede pública de saúde de Belo Horizonte e de outros municípios mineiros assume o atendimento a eles, sem distinção.

O Programa acontece como efeito desse conjunto de forças. Nasce dentro do TJMG, caracterizando-se pela finalidade de oferecer à autoridade judicial subsídios para decisão nos incidentes de insanidade mental. Isto, ao mesmo tempo em que promove o acompanhamento do sujeito em suas redes sociais e o tratamento em saúde mental na rede pública de saúde. De forma multidisciplinar,

informa ao juiz a medida anunciada pelo sujeito sobre seu modo de tratar o sofrimento, auxiliando na aplicação, a cada caso, de uma medida singular, tencionada pelos princípios normativos universais.

O Programa rompe com um processo histórico e dogmático, fundamentado pelas práticas seculares de segregação, e instaura o conceito da inserção no cerne de sua ação, atuando em qualquer processo criminal em que um portador de sofrimento mental esteja na condição de réu. Quando o juiz determina a intervenção do PAI-PJ, coloca em movimento uma ampla rede de atenção. Enfim, diante da complexidade de cada caso, a rede de assistência em saúde mental desenhará um projeto de atenção singular. O cidadão terá acesso, como qualquer um, à rede pública de saúde e às demais redes sociais da cidade. Assumimos a posição de que a ampliação do acesso à experiência cidadã faz bem à saúde mental e à convivência com a ordem social. Acesso à educação, moradia, trabalho, cultura, lazer e à cidade, recolocam a dimensão da vida para o cidadão que cometeu um crime, produzindo novas vias para a amarração de um novo laço social. Neste espaço de convivência, vão transmitindo e construindo formas de atravessarem os embaraços, inventando novos sentidos e arranjos sociais.

Aprendemos com esses cidadãos que a responsabilidade pelo crime cometido restaura a dignidade perdida quando foi decretada a sua inimputabilidade. Através desta, sua palavra foi desqualificada enquanto portadora de um sentido possível de responder pela sua condição humana. Muitos nos dizem sobre a importância de responder ao público. Mesmo que, no momento do ato, não soubessem o que faziam, construir um saber sobre as condições de seus atos, mesmo que depois do crime, constitui uma forma de responder por sua ação no espaço do público e, por este ato, a construção de um saber que serve de orientação.

Hoje, no espaço de intervenção do PAI-PJ, esses cidadãos são chamados a responderem pela palavra, pela linguagem, que fazem com que partilhemos o sentido das regras e convenções sociais.

Auxiliares do Juiz e secretários do alienado: esta é a função do Programa.

Procuramos encontrar formas racionais de fazer existir, no campo do direito, da saúde e do social, enfim, do espaço do público, as formas razoáveis que cada um desses cidadãos vai inventando para seu laço com o outro, durante o tempo que for preciso. O Tribunal de Justiça de MG apresenta, através deste Programa, junto com as parcerias que o tornam viável, uma mudança na lógica de tratamento jurisdicional a esses casos, a partir da ênfase em novos conceitos. Uma política que favorece o laço social e não sua ruptura pela segregação. Uma política que aposta que a oferta da atenção e do cuidado podem promover a convivência no tecido social, reconhecendo em cada um, louco ou não, sua condição de responsável.

São muitos os responsáveis, muitas são as responsabilidades. Que cada um tome a palavra para dar o testemunho da sua reflexão e experiência, sua responsabilidade para com as soluções de nossa época frente às ideias perigosas para a humanidade que nos constitui.

Ernesto Venturini apresenta, através de sua obra, a sua resposta e eu, confirmo e assino embaixo:

Enquanto a voz do cidadão-louco-responsável por um crime não estiver presente nas salas de audiência dos tribunais, enquanto não for reconhecido seu direito de ser julgado e, eventualmente, até condenado, enquanto a linguagem do poder não tiver que se confrontar com a linguagem dos diferentes, dos loucos, compreendendo que os cânones da normalidade não são absolutos (...) enquanto isso não acontecer, a linguagem dos expertos será o balbucio presunçoso e contraditório e ainda teremos que prever tanto sofrimento e tantas dores incidentes. (VENTURINI, p.174)

Fernanda Otoni de Barros-Brisset (*)

Notas

(*) Psicóloga e Psicanalista, Doutora em Ciências Humanas pela UFMG. Coordenadora do PAI/PJ, da Comissão de Direitos Humanos do CFP, autora de *Direito ao Pai*, dentre outras obras.

¹Cf. BARROS-BRISSET, F. *Por uma política de atenção integral ao louco infrator*. Belo Horizonte:TJMG, 2010. Disponível em:
<http://www.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/livreto_pai.pdf>

²Cf. MILLER, J-A. *Nada mais humano do que o crime*. Texto traduzido e publicado na revista *Almanaque* on-line do IPSMMG, n. 3. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/almanaque4.htm>>.