



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ – CESUPA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DIREITO**  
**MESTRADO EM DIREITO, POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO**  
**REGIONAL**

**THAIS SOUZA BARROSO**

**A PERICULOSIDADE PARA A IMPOSIÇÃO, MANUTENÇÃO E CESSAÇÃO DA**  
**MEDIDA DE SEGURANÇA: um estudo empírico no Hospital de Custódia e**  
**Tratamento Psiquiátrico do Pará - HCTP**

**BELÉM – PA**

**2015**

**THAIS SOUZA BARROSO**

**A PERICULOSIDADE PARA A IMPOSIÇÃO, MANUTENÇÃO E CESSAÇÃO DA  
MEDIDA DE SEGURANÇA:** um estudo empírico no Hospital de Custódia e  
Tratamento Psiquiátrico do Pará.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Direito, Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional do Programa de Pós-Graduação em Direito (PPGD), do Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Direito.  
Orientadora: Profa. Dra. Ana Christina Borges Leal Darwich.

BELÉM - PA

2015

**THAIS SOUZA BARROSO**

**A PERICULOSIDADE PARA A IMPOSIÇÃO, MANUTENÇÃO E CESSAÇÃO  
DA MEDIDA DE SEGURANÇA:** um estudo empírico no Hospital de Custódia e  
Tratamento Psiquiátrico do Pará.

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado em Direito, Políticas Públicas e  
Desenvolvimento Regional do Programa  
de Pós-Graduação em Direito (PPGD), do  
Centro Universitário do Estado do Pará –  
CESUPA, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre em Direito.  
Orientadora: Profa. Dra. Ana Christina  
Borges Leal Darwich.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

**Banca Examinadora**

---

Orientadora Profa. Dra. Ana Christina Borges Leal Darwich  
(Programa de Pós-Graduação em Direito/CESUPA)

---

Prof.

Centro Universitário do Estado do Pará

---

Prof.

Belém, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Avaliação: \_\_\_\_\_



*Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.*

*Charles Chaplin*

## AGRADECIMENTOS

A Deus concedo meu primeiro agradecimento. À minha família que me permitiu trilhar o caminho do bem, a respeitar, a ser humana na melhor acepção da palavra. Ao meu pai Liberato Barroso a quem dedico e, se pudesse, outorgava esse título, por sempre estar disposto a colaborar com meus trabalhos, seja na sugestão de temas para elaboração de artigos ou na correção gramatical deles. À minha mãe Graça Barroso que se doou para ser o alicerce da família e a quem devo eterna gratidão por cuidar do rebento que ganhei às vésperas do fim do mestrado. Ao meu marido Alan Cunha que nunca titubeou em aceitar minha ausência para que eu pudesse alcançar mais esse objetivo. Ao meu maior presente, MEU FILHO THÉO que todas as vezes que pensava em desistir meu deu forças pra continuar a batalha. Não tenho como medir o amor que sinto por vocês!! Agradeço à minha orientadora Ana que, mesmo com todos os atropelos no decorrer da orientação, sempre esteve disposta e disponível para ajudar. À Socorro, secretária do Programa, quem muitas vezes puxou minha orelha, cobrando e exigindo o cumprimento de prazos. Aos meus colegas de turma, em especial, Lorena, Carla, Bernardo, Adilon, Priscila e Heleni por ter tido a felicidade de conviver mais de perto e que se dispuseram a ajudar nos momentos críticos do curso. Às minhas amigas *deusas gregas*, Luciana e Ludmilla que foram muito mais do que isso, vocês foram e são minha válvula de escape, o controle que não tenho, nunca pestanejaram em lançar travesseiros e “tapas” na cara quando precisei. Amo vocês! Aos meus amigos da Faculdade de Castanhal – FCAT, representados pela confraria seleta *ClubCat*, que me ensinaram a amar a docência, especialmente ao amigo Davi José que, não se esquivou de acalmar os ânimos e quando achei que tudo estava perdido, fez questão de me atender via *Skype*. Ao meu chefe e amigo Claudio Rendeiro que me oportunizou a vivência profissional no Direito Penal, que abriu meus olhos ao garantismo penal. À doce e sempre solícita Farah Malcher que por tratar do mesmo tema, consentiu a troca de informações entre os pontos convergentes dos nossos trabalhos. À minha *primã* Liz Larêdo que assumiu a vaga de babá para cuidar do pequeno Théo às vésperas da entrega da dissertação.

**Obrigada! Amo vocês!!**

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Quantitativo de Internos por sexo.....	42
Gráfico 2	- Quantitativo de Internos com e sem laudo pericial.....	43
Gráfico 3	- Quantitativo de Internos por faixa etária.....	43
Gráfico 4	- Quantitativo de Internos por grau de instrução.....	44
Gráfico 5	- Quantitativo de Internos por incidência penal.....	45
Gráfico 6	- Quantitativo de Internos por incidência penal.....	45
Gráfico 7	- Quantitativo de Internos por incidência penal.....	46
Gráfico 8	- Quantitativo de Internos por incidência penal.....	46
Gráfico 9	- Quantitativo de Internos que utilizam medicamentos.....	47

## RESUMO

O Direito Penal Brasileiro possui duas modalidades de retribuição do Estado a um ilícito penal cometido: a aplicação da pena e a imposição da medida de segurança. Ao indivíduo imputável, cabe a imposição e o cumprimento da pena privativa de liberdade ou restritiva de direitos, já ao portador de doença mental, e, portanto, inimputável, cabe o cumprimento de medida de segurança na modalidade internação ou ambulatorial. A medida de segurança é o instrumento utilizado pela legislação como forma de submeter o portador de transtorno mental a tratamento adequado, já que a ocorrência do ilícito penal se deu em virtude do acometimento de determinada patologia e, por isso, são considerados perigosos. Entretanto, diante da estreita relação entre a medicina e o direito, existe dificuldade em entender qual o conceito de periculosidade utilizado pelo perito psiquiatra forense que considera o louco infrator. Esse estudo tem como objetivo discutir o conceito de periculosidade lançado nos laudos periciais utilizados para impor, manter e verificar a cessação de periculosidade desses indivíduos, a fim de evitar que medida de segurança seja apenas uma forma de privar a liberdade do portador de transtorno mental de forma indeterminada. Para tanto, uma pesquisa empírica foi realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará, de janeiro a novembro de 2014, especialmente com o estudo de caso em um processo de execução em que a medida de segurança já está sendo executada desde 1999, sem que até a conclusão da pesquisa, em 2015, o laudo não havia atestado a cessação da periculosidade. O caso estudado, revela a inaplicabilidade de testes psiquiátricos para a quantificação da periculosidade, concluindo, tão somente, pela sua manutenção com base na realização de um contato único com o portador de transtorno mental, ferindo os preceitos constitucionais básicos instituídos pela Carta Magna.

Palavras-Chave: Medida de segurança. Periculosidade. Laudo Pericial. Laudo de cessação de periculosidade. Psiquiatria e Psiquiatrização do direito penal.

## **ABSTRACT**

The Brazilian criminal law has two forms of state compensation to a criminal offense committed, the application of the penalty and the security measure of the levy. Attributable to the individual, it is up to the imposition and enforcement of deprivation of liberty or restriction of rights, since the mental patients, and therefore untouchable, it is the security measure of compliance in the form inpatient or outpatient. The security measure is the instrument used by the law as a means of submitting patients with mental disorders to appropriate treatment, since the occurrence of the criminal offense was due to the particular pathology involvement and therefore are considered dangerous. However, given the close relationship between medicine and the law is difficult to understand what the concept of dangerousness used by expert forensic psychiatrist who considers the mad offender. This study aims to discuss the concept of dangerousness released in expert reports used to establish, maintain and verify the cessation of danger these individuals in order to prevent safety measure is just a way to deprive the freedom of mental patients of indeterminate form. For this, an empirical research was conducted at the Hospital for the Custody and Psychiatric Treatment of Para, in January-November 2014, especially with the case study in a running process where the security measure is already running since 1999 without that until the completion of the survey, in 2015, the report had not certified the termination of danger. The case study reveals the inapplicability of psychiatric tests for quantifying the danger, concluding, solely, for its maintenance based on the establishment of a single contact with the mentally ill, injuring the basic constitutional principles established by Magna Carta.

Keywords: Security Measure. Dangerousness. Forensic Report. Hazard cessation report. Psychiatrization and psychiatry and criminal law.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>1.</b>	<b>OS LOUCOS INFRATORES E SUA ABORDAGEM NO DIREITO PENAL BRASILEIRO.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1</b>	<b>Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos – HCTPs – no Brasil.....</b>	<b>33</b>
1.1.1	O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP.....	36
1.1.2.1	Panorama atual do HCTP.....	42
<b>2.</b>	<b>A ALIENAÇÃO MENTAL E O SUJEITO DA LOUCURA.....</b>	<b>49</b>
<b>2.1</b>	<b>O Normal e a Norma Jurídica.....</b>	<b>50</b>
<b>2.2</b>	<b>A prática asilar e a instituição do poder na persecução da cura....</b>	<b>56</b>
<b>2.3</b>	<b>A transformação dos seres humanos como sujeito.....</b>	<b>62</b>
2.3.1	O indivíduo como sujeito, a subjetividade e o Poder.....	67
<b>2.4</b>	<b>O DISPOSITIVO.....</b>	<b>71</b>
<b>3.</b>	<b>A PERICULOSIDADE COMO REQUISITO À MEDIDA DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO: A PROBABILIDADE DE DELINQUIR.....</b>	<b>76</b>
<b>3.1</b>	<b>Crime, loucura e periculosidade: a Psiquiatria no âmbito do Direito Penal.....</b>	<b>82</b>
<b>3.2</b>	<b>O exame de periculosidade e a psiquiatrização do sistema penal brasileiro.....</b>	<b>87</b>
<b>4.</b>	<b>O NORMAL E O ANORMAL: ENTRE A CURA E O PERIGO.....</b>	<b>92</b>
<b>4.1</b>	<b>O normal e sua relação com a norma.....</b>	<b>100</b>
<b>5.</b>	<b>ESTUDO DE CASO.....</b>	<b>111</b>
<b>5.1</b>	<b>A história do processo.....</b>	<b>112</b>
5.1.2	O laudo de constatação de periculosidade.....	114

5.1.3	Análise do laudo.....	117
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>129</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>132</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>136</b>

## INTRODUÇÃO

Periculosidade é, segundo Michaelis (2015), a qualidade ou o estado de ser perigoso, é a condição daquele que constitui perigo perante as leis, aquele indivíduo que exprime potencialidade criminosa ou ofensiva de um delinquente. É a probabilidade de que ele torne a cometer crime.

O conceito de periculosidade comporta aspectos sociológicos, jurídicos e patológicos que envolvem o fenômeno do crime, isto é, a caracterização do estado pessoal do ser perigoso com reflexos no passado, presente e futuro, razão pela qual o Estado deve atuar como agente neutralizador para evitar o cometimento de novas infrações penais.

A aplicação da medida de segurança exige, como a inimputabilidade, a constatação da periculosidade criminal daquele que praticou o ilícito penal. E constatar o grau de periculosidade inerente a um indivíduo é o grande cerne da medida de segurança e o objeto deste trabalho. Discutir a periculosidade no contexto apresentado é demonstrar a inutilidade deste instituto como proposto pelo legislador – dispensar tratamento ao portador de doença mental que cometeu uma infração penal – e, ao mesmo tempo, mostrar os danos por ele sofridos.

Inicialmente, estabelecer um cenário para o tema é importante. A medida de segurança, como instituto aplicável ao portador de transtorno mental em conflito com a lei, depende da verificação e da constatação da periculosidade do indivíduo portador de transtorno mental.

Desde o Código Penal republicano, a pena de prisão perpétua ficou proibida no Brasil, entretanto àqueles que portam alguma doença mental e que se envolveram, como autores, em conflito com a lei, com a aplicação da medida de segurança, ficam isolados em hospitais de custódia por mais tempo que a lei determina. Convém ressaltar que durante esse período de confinamento esses indivíduos não recebem qualquer benefício previsto pela

Lei de Execução Penal<sup>1</sup> - LEP, como progressão de regime, livramento condicional ou remição da pena pelo trabalho.

Entretanto, antes de adentrar em aspectos como esse, é necessário entender como a legislação aborda a periculosidade, uma vez que fala-se em periculosidade social e periculosidade criminal.

Precisamente no final do século XIX e início do século XX, vigente — a então, Escola Positivista — a sociedade foi marcada por um número excessivo de desvios que precisavam da intervenção do Estado, de forma a garantir a defesa social, sendo aplicadas medidas que visavam a contenção dos delitos, bastando que fosse verificada a possibilidade do sujeito causar danos à sociedade.

É nesse contexto, que Bruno (2009) menciona, o surgimento da periculosidade social, que consiste na mera probabilidade de alguém cometer fatos socialmente prejudiciais à sociedade, colocando em xeque a paz, a ordem pública e a tranquilidade. Essas condutas, mostravam que esse indivíduo estava fora do padrão da normalidade da sociedade a qual pertencia e por isso era necessário retirá-lo do convívio social.

A crença na ausência de normalidade, a partir de padrões sociais que definem o normal e o anormal é o que passa a legitimar a sociedade, concluir que aquele indivíduo seja merecedor de punição, haja vista, tão somente, sua personalidade deturpada e a potencial probabilidade de cometimento de crime seriam fatores suficientes para retirá-lo do meio social.

Bruno (2009), no início da década de 40, quando do princípio da vigência do Código Penal, enumerou uma série de elementos que permitiriam concluir pela existência da periculosidade social. Dentre eles, a estrutura anátomo-fisio-psicológica revelando a maneira de ser, geralmente estruturada de forma anormal, como, por exemplo, a deformação obtida como resultado de

---

<sup>1</sup> Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984. Instituiu a Execução Penal e em seu artigo 1º dispõe o objetivo da lei, qual seja, efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado.

traumatismos recebidos do mundo imediato e do meio físico ou social-cultural em que esse indivíduo se desenvolveu.

Esse estado social perigoso apresentado pelo agente, era determinado pelo juiz, que a partir da análise do caso concreto, verificava a real periculosidade, era dessa maneira que se procedia à análise de sua personalidade, de seus antecedentes, dos motivos e das circunstâncias do crime por ele praticado. Nessas circunstâncias, é que haveria, por parte do juiz, a investigação do comportamento habitual do sujeito, das condições de sua existência, a maneira pela qual conseguiu passar pelas adversidades da vida, de todas as atividades que pudessem refletir seu próprio eu.

No entanto, de uma outra forma, ao juiz sequer era permitido a realização dessa investigação, quando a própria legislação presumia essa periculosidade. É o que dispunha o artigo 77<sup>2</sup>, do códex original, reconhecendo o agente como perigoso tão somente pelo exercício da probabilidade de cometer, novamente, outros delitos.

A história da loucura de Foucault (2000) traduz esse tipo de periculosidade, na qual o Estado conferia tratamento rigoroso e punitivo àquele que era considerado inimigo do Estado, cuja representação era caracterizada pela classe dos vadios, mendigos, leprosos, prostitutas, bêbados, e, dentre eles, o objeto de estudo deste trabalho, os doentes mentais.

É a partir desse pensamento que a vertente do direito penal que aborda o chamado direito penal do inimigo de Günther Jakobs<sup>3</sup>, considera que a periculosidade social, inserida nas legislações do mundo inteiro, serviu de critério utilizado pelo Estado para restringir a liberdade de todos os indivíduos portadores de condutas desviantes, capazes de causar danos à sociedade. É, de certa forma, uma maneira preventiva, tomada como medida social, para legitimar o confinamento desse grupo de indivíduos considerados como

---

<sup>2</sup> Art. 77. Quando a periculosidade não é presumida por lei, deve ser reconhecido perigoso o indivíduo, se a sua personalidade e antecedentes, bem como os motivos e circunstâncias do crime autorizam a suposição de que venham ou torne a delinquir.

<sup>3</sup> Teoria utilizada neste trabalho, a partir da concepção de Eugênio Raúl Zaffaroni.

indesejados, antes de praticarem qualquer delito, pelo simples fato de apresentarem essas condições de periculosidade social e de desobediência à norma jurídica.

O encarceramento em massa e a simples presunção de periculosidade social foi afastada do ordenamento jurídico com a reforma do Código em 1984, destituindo a figura representada pelo perigoso social, dando lugar à periculosidade criminal. É a partir dessa periculosidade, que deve ser aplicada a medida de segurança, sob o fundamento do homem considerado criminalmente perigoso.

Mas, de que forma os operadores do direito poderiam considerar esse critério de periculosidade para aplicar a medida de segurança? A acepção do termo, no vernáculo, já denota a ideia do homem perigoso, o que para o âmbito penal, significa a propensão à prática de um crime, a possibilidade de repetição, a realização dos atos criminais capazes de ferir a ordem jurídica.

O que se tem, nesse aspecto, é o juízo de probabilidade de prática da conduta antijurídica. É o que Costa aduz:

(...) a possibilidade traduz o caráter incerto dos acontecimentos futuros, a probabilidade refere-se a um juízo de certeza sobre a constância da frequência desses mesmos acontecimentos incertos. (1995, p. 480).

Essa concepção de probabilidade enseja a ideia de risco, não previstos em lei, mas que deve ser interpretado pelo juiz a partir de sua própria concepção e aplicando essa análise ao caso concreto. Ferrari (2001) entende que a periculosidade criminal é pautada na ideia de que os portadores de transtorno mental em conflito com a lei são movidos por impulsos que lhes são próprios e que, como quase que com certeza, provavelmente, incidirão em novos crimes, tendo a medida de segurança como forma de neutralização e tratamento.

Sob o mesmo tema, Bruno (2009) toma por periculosidade criminal o desajustamento, grave, em relação às normas de convivência social a partir de uma particularidade do indivíduo, que pode ser congênita ou oriunda do

resultado das condições desfavoráveis do meio em que vive, permitindo, assim, a incidência em um ilícito penal. Aliado a esses fatores, defende, ainda, que a análise não deve ficar restrita a essas condições, mas deve considerar a personalidade do indivíduo, as circunstâncias e os motivos do crime para que se possa proporcionar o juízo de periculosidade criminal.

Essa provável certeza de voltar a delinquir, suplantada nesse conceito, é o que permite provar a afirmação de Silva (2008), no sentido de que é mais seguro manter os portadores de doença mental internados, mesmo que indeterminadamente, do que correr o risco de devolvê-los à sociedade e, assim, tornarem a praticar ilícitos penais. Isso é o que se chama de noção intuitiva. Trata-se de uma forma de futurologia.

Ao admitir que os portadores de transtorno mental fiquem ausentes da convivência social, pelo exercício dessa futurologia, evidenciando uma espécie de controle social é privar um cidadão de exercer seus direitos fundamentais e, principalmente, de ter direito de receber tratamento adequado ao transtorno mental.

Ocorre nesse contexto, que tanto os operadores do direito, quanto os psiquiatras, exercem um juízo futuro e incerto sobre condutas aplicadas aos indivíduos considerados perigosos, através, tão somente, de um questionamento sobre sua vida pregressa e as condições morais que a delineiam, deixando de aplicar, ou, até mesmo criar políticas públicas para amparar os portadores de transtorno mental infratores.

A partir da ideia de risco, com respaldo na gravidade do fato criminoso, o instituto da medida de segurança é duvidoso, pois estaria ele sendo aplicado de forma a garantir um tratamento médico ou como forma de segregação do mal feitor?

Na prática, pode-se afirmar que a ideia de risco, que garante a aplicação da medida de segurança, é manipulável ao ponto de ser obtida de forma que se permita o exercício da futurologia, considerando o crime como probabilidade de ser cometido por quem está acometido de transtorno mental e

não como possibilidade de qualquer pessoa, independentemente de portar transtorno mental, ser compelido a infringir a lei penal.

Zaffaroni (2013) assevera que não há que se medir a periculosidade de um indivíduo portador de transtorno mental, pois ela não pode ser maior ou menor do que a periculosidade representada por alguém, com perfeita capacidade mental, que cometera o mesmo ilícito.

Ocorre que no cotidiano, diante das inúmeras adversidades enfrentadas, não há como garantir, com precisão, que não haverá o cometimento de crimes. Nesse sentido, é oportuno colacionar o entendimento de Hungria (2008), ao abordar o assunto, de que todo ser humano é potencialmente criminoso e que esse potencial pode ser revelado de acordo com as condições pessoais e sociais por ele sofridas. Não admitindo, desta forma, a existência estrutural de indivíduos criminosos e não criminosos.

Em todas as épocas, o perfil daquele que transgride o ordenamento jurídico é um enigma, despertando questionamentos acerca das razões que levam alguém a desafiar os valores dominantes e, inclusive, o poder. As violações ao ordenamento jurídico são reprimidas pelo Estado de forma a manter a ordem e a disciplina e o Direito Penal, como ramo do direito público, tem como finalidade estabelecer às infrações penais as suas respectivas sanções.

A aplicação da medida de segurança é uma resposta desse ramo do direito aos delitos praticados por pessoas portadoras de transtornos mentais, que à época do cometimento do crime eram maiores de dezoito anos e não conseguiam entender o caráter ilícito de sua ação. Esses transtornos mentais podem ser das mais variadas formas, desde os acometimentos patológicos, como doenças mentais, desenvolvimento mental incompleto ou retardado ou àqueles cuja capacidade de compreensão é diminuída em razão de perturbação da saúde mental.

A imposição da medida de segurança, como sanção penal, é peculiar em relação a todo o sistema de sanções previstas na legislação penal, vez que apresenta características distintas da pena, por ter como objetivo

oferecer tratamento médico e terapêutico aos infratores considerados loucos ou incapazes de compreender a ação ilícita por si cometida. Sua aplicação tem na periculosidade do transgressor, portador de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, seu alicerce. Essa periculosidade é, sempre, diagnosticada quando da realização de uma perícia que declara que o portador de doença mental, infrator da lei penal, é perigoso à sociedade.

Longe de fazer incursões na subjetividade humana, buscando explicações psicológicas ou psiquiátricas, este trabalho aborda as consequências jurídicas advindas de uma perspectiva criminológica e dogmática na relação entre loucura<sup>4</sup>, criminalidade e internação.

A partir de concepções filosóficas, sociológicas e fatos históricos pretende-se mostrar que a estrutura que legitima a existência, aplicação e o cumprimento da medida de segurança, com ênfase na periculosidade do agente afrontam os princípios e garantias constitucionais, impondo ao louco infrator uma pena pautada no exercício da futurologia do crime.

Nesse contexto, a ideia do presente trabalho procura mostrar a construção histórica dos loucos infratores e da medida de segurança, considerando alguns aspectos doutrinários e legislativos, evidenciando a concepção de periculosidade. Demonstrará a realidade do local de cumprimento da medida de segurança no âmbito do Estado do Pará, que registra um tratamento punitivo e segregatório, ignorando os termos da Lei nº 10.216/2001<sup>5</sup> que objetiva a inserção dos loucos infratores em políticas públicas de assistência em saúde mental; e, finalmente, trará um estudo de caso que mostra a concepção do conceito de periculosidade estampada em laudo pericial, pautado pela atuação singular do indivíduo em um único crime, o que o faz passar longos anos internado no hospital de custódia sem receber

---

<sup>4</sup> Cumpre ressaltar, que a abordagem deste termo, no presente trabalho, refere-se a toda e qualquer espécie de patologia ou transtorno mental aceito pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Disponível em: <http://www.psych.org/> e <http://www.abpbrasil.com.br>. Acessado em 01 jun.2015.

<sup>5</sup> Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Trata, ainda, da desinstitucionalização desses doentes mentais, determinando a criação de uma rede assistencial para possibilitar o tratamento em meio aberto, ou seja, em meio à sociedade, sem que haja a segregação.

tratamento específico e sem que seja emitido um laudo favorável à cessação de periculosidade.

Diante da apresentação dessa realidade, o que se questiona é: qual o conceito e quais os critérios de aferição de periculosidade, considerado pelo perito psiquiatra forense, a partir de um transtorno mental, para atestar a periculosidade e a conseqüente submissão à medida de segurança?

A partir desse questionamento, o presente trabalho tem a pretensão de discutir a forma de avaliação utilizada pelo psiquiatra para a elaboração do laudo pericial, tanto no que se refere ao documento que reconhece a existência de doença mental à época do fato, e por isso, o declara inimputável, quanto ao momento em que, depois de submetido à medida, declara a persistência da periculosidade e a necessidade de manutenção da medida de segurança.

Para esses profissionais a periculosidade está relacionada ao que Carvalho (2013) chama de potência criminal, marcada pela essência do criminoso traduzida no ato ilícito, de forma que tanto o passado quanto o futuro do criminoso ficam comprometidos. Ao passado, o comprometimento ocorre a partir da reconstrução historiográfica do crime e, ao futuro, a partir de sua inexorável repetição.

Para alcançar o objetivo proposto, além da pesquisa bibliográfica, procedeu-se à pesquisa empírica no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará, do estudo de um processo de execução de medida de segurança, escolhido em razão da obtenção de laudo desfavorável à desinternação e, principalmente, pelo longo período de internação sem o oferecimento de tratamento adequado.

A ideia trazida pelo primeiro capítulo é situar a concepção do tratamento do louco infrator no ordenamento jurídico penal brasileiro, onde é traçado um esquema doutrinário acerca da utilização de sistemas punitivos para a aplicação da medida de segurança desde a instituição do Código do Império até o Código Penal vigente.

Ainda em um primeiro momento, como forma de deixar evidenciado o modelo punitivo vigente, por intermédio de uma pesquisa empírica realizada no Hospital de Custódia, informações colhidas no ano de 2014, entre o dia 1º ao dia 30 de novembro, são trazidas para que se permita perceber a composição dos indivíduos que estão internados no hospital, como por exemplo, a representatividade da população por sexo, tipo de infração, idade, escolaridade e, a mais importante das informações, o percentual de indivíduos que estão internados sem laudo que reconhece a necessidade de imposição de medida de segurança.

Será abordado no segundo capítulo a relação entre a Psiquiatria, a normalidade e anormalidade e o exercício do poder psiquiátrico, que acomete instituições fechadas como é o caso do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. Estabelecendo a relação entre os internos e os agentes, evidenciado as práticas institucionais e como elas influenciam no comportamento e no tratamento dispensado aos loucos infratores.

A terceira seção atinge a plenitude de discussão deste trabalho ao tratar da periculosidade. Aborda o conceito de periculosidade tanto para a área jurídica, quanto para a medicina, entretanto se volta mais à Psiquiatria, por ser o ramo da ciência que norteia o estudo dos distúrbios e doenças mentais. A doutrina penal hoje busca respaldo na Psiquiatria para diagnosticar a existência de transtorno mental no indivíduo infrator e, assim, o declarar inimputável e, mais tarde, diante da ausência de um tratamento adequado, mantê-lo segregado em virtude da periculosidade associado à patologia apresentada.

O quarto capítulo busca, por meio do estudo de um caso concreto, mostrar que o conceito de periculosidade utilizado pelo perito psiquiatra forense está relacionado não ao cometimento do delito, mas em razão do acometimento de doença mental. Uma vez imposta a medida de segurança, o ordenamento jurídico não impõe limite à execução, que deve perdurar enquanto não cessar a periculosidade, atestada por laudo de cessação de periculosidade.

É nesse momento, que se verifica a existência, na prática, do problema de pesquisa proposto nesta monografia, haja vista que o exame de periculosidade é o instrumento utilizado para garantir tratamento ao portador de doença mental em conflito com a lei, acaba sendo o único meio que o magistrado possui de perpetuar a pena, consubstanciado em argumentos subjetivos emitidos por um perito que não acompanha o tratamento dispensado ao indivíduo submetido à medida de segurança.

Ressalte-se que a presente monografia, possui pretensões práticas a partir de um estudo empírico, que possui por objetivo a mostrar a realidade enfrentada pelo louco infrator e evidenciar a inaplicabilidade de testes individualizados, no laudo de cessação de periculosidade, exigidos pela Psiquiatria, que deveriam mensurar o risco do comportamento violento em decorrência da enfermidade mental.

## 1. OS LOUCOS INFRATORES E SUA ABORDAGEM NO DIREITO PENAL BRASILEIRO

A preocupação com a regulação do problema dos loucos infratores não é novidade na legislação penal atual, pois sua origem remonta aos Códigos Penais de 1830 e de 1890, que já apresentavam as medidas que deveriam ser aplicadas para atender as pessoas portadoras de transtornos mentais autoras de infrações penais.

Barros (1994a) relata que o Código Criminal do Império do Brasil, sancionado por Dom Pedro I em 16.12.1830, por seguir as diretrizes da Escola Clássica do Direito Penal, teve forte inspiração na doutrina utilitária de Bentham, influenciado pelo liberalismo da Constituição de 1824 e pelos Códigos francês de 1810 e napolitano, de 1819.

Os loucos eram tratados de acordo com a situação social que apresentavam e quem os controlava era a polícia médica, que os recolhia e encaminhava às cadeias ou Santas Casas de Misericórdia. A primeira referência ao louco infrator tem origem no Código do Império, artigo 10<sup>6</sup>, que tornava irresponsáveis os loucos de todo o gênero, salvo quando apresentassem intervalos de lucidez e nesses intervalos cometessem infrações penais.

Assim, diante do comando legal, verifica-se a primeira referência feita ao louco infrator e a determinação de recolher os delinquentes em casas específicas, à sua família ou de acordo com o que o magistrado achasse conveniente<sup>7</sup>. Esse mandamento legal permite o entendimento de que competia somente ao juiz a decisão acerca do destino do indivíduo que, em virtude de sua insanidade mental, cometera algum crime. Nessa época, não

---

<sup>6</sup> Art. 10: Também não se julgarão criminosos:

§2º. Os loucos de todo gênero, salvo se tiverem lúcidos intervalos e neles cometerem o crime.

<sup>7</sup> Art. 12. Os loucos que tiverem cometidos crimes serão recolhidos as casas para eles destinadas, ou entregues às suas famílias, como ao juiz parecer mais conveniente.

havia qualquer vinculação a parâmetros médicos para que os julgadores pudessem firmar sua convicção.

Esse mesmo texto legal trouxe, no artigo 27<sup>8</sup>, a definição daquele que não seria considerado criminoso, se, ao tempo do cometimento do crime, fosse absolutamente incapaz, sem, no entanto, fazer qualquer referência à abordagem psiquiátrica. Dessa forma, esse dispositivo permitiu a classificação do indivíduo como louco, quando do cometimento de qualquer infração penal, isto é, qualquer indivíduo que não pudesse compreender seus atos no momento do cometimento do crime, seja por imbecilidade de nascença ou imbecilidade adquirida, não seria considerado criminoso.

Trazia, ainda, no artigo 29<sup>9</sup>, os conceitos de defesa social e de perigo, ao determinar que os indivíduos isentos de culpabilidade em razão de afecção mental seriam entregues às suas famílias ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental exigisse, tudo em prol da segurança da sociedade. Permitindo constatar que a ideia de transtorno mental já estava associada à exclusão, sendo mais viável a privação do convívio social do que a integração ao meio e o oferecimento de qualquer tratamento curativo.

Peres (1997) conclui que, por ocasião da promulgação desse texto legislativo, a imputabilidade do agente passou a ser um novo elemento relacionado com o crime, uma vez que os loucos não teriam seus atos conceituados como crime, sendo, então considerados inimputáveis. Note-se que o dispositivo foi inspirado na Escola Penal Positiva<sup>10</sup>, que propunha que, nem o criminoso nato ou o louco moral, poderiam ser responsabilizados penalmente, mas deveriam ser tratados pela ciência positivista. É o que aduz,

---

<sup>8</sup> Art. 27. Não são criminosos os que por imbecilidade nativa ou enfraquecimento senil forem absolutamente incapazes de compreensão e os que se acharem em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência no ato de cometer o crime.

<sup>9</sup> Os indivíduos isentos de culpabilidade em resultado de afecção mental serão entregues a suas famílias, ou recolhidos a hospitais de alienados, se o seu estado mental assim exigir para a segurança do público.

<sup>10</sup> Teve como principal defensor Von Liszt, defende o delito como uma realidade fenomênica da patologia individual e social, onde o crime e a sua natureza como fato humano e social é o que importa e a pena é um instrumento de defesa social contra a criminalidade, de forma que deve ser proporcional à periculosidade do criminoso e adaptado às suas condições pessoais.

nessa linha de raciocínio, Carvalho (2013, p. 213): *como não há cura possível para a loucura moral, a defesa social exige a segregação manicomial ad aeternum.*

Afirma, ainda, que naquele período, as perícias eram estritamente limitadas a determinar se o louco poderia agir livremente, ou seja, se seria capaz de formar um juízo ético ao discernir o bem do mal. O Direito Penal Brasileiro, regulado pelo Código de 1940, que surgiu por ocasião do Estado Novo, mencionava, no artigo 22:

Art. 22. É isento de pena o agente que, por doença mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se com esse entendimento.

Parágrafo Único. A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação da saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter criminoso do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

O que se percebe desse dispositivo é que o legislador não colocou a doença mental como causa determinante, capaz de caracterizar a imputabilidade do criminoso, concluindo pela necessidade de estabelecer um nexo de causalidade entre o estado mental patológico e o crime cometido. Pode-se afirmar, então, que, para o cometimento do crime deve haver dois momentos: um intelectual, relacionado à capacidade de entendimento e o outro, volitivo, voltado à capacidade de determinação.

A imputabilidade, portanto, está diretamente relacionada com a culpabilidade do agente criminoso, quando se passa a analisar o que está disposto no artigo ao norte mencionado, onde o aspecto subjetivo é levado em consideração e, automaticamente, funciona como fator condicionante para a imposição da pena.

Com base na subjetividade do indivíduo, e inspirada na doutrina pregada por Hungria (1951)<sup>11</sup>, o Direito Penal estabelece duas espécies de

---

<sup>11</sup> Nelson Hungria, na qualidade de Ministro, incumbido da missão, pelo então Presidente Jânio Quadros, de elaborar um anteprojeto para a reforma do Código Penal, apresentado em 1963, manteve a estrutura da redação original e dentre as transformações mais significativas,

sanção penal: a pena e a medida de segurança. Para ele, a pena é, conceitualmente, uma reação, um contragolpe em face do crime então praticado; já a medida de segurança é um preventivo do crime que pode vir a ser praticado.

A pena é imposta pelo Estado quando há a necessidade de retribuição pela prática de uma conduta ilícita, cuja finalidade principal é evitar a prática de novos delitos. É sanção e se aplica por fato certo, ao crime praticado, ao passo que a medida de segurança não é sanção e se aplica por fato provável, pela repetição de novos crimes. A pena é medida aflitiva, ao passo que a medida de segurança é tratamento, tendo natureza assistencial, medicinal ou pedagógica. O caráter aflitivo que esta última apresenta não é um fim pretendido, mas meio indispensável à sua execução finalística.

Essas espécies de sanção penal são pautadas na relação entre inimputabilidade e culpabilidade, que quando se trata da pena deve ser medida de acordo com o grau de culpabilidade e a gravidade de seu ato, ao passo que para a aplicação da medida de segurança, a verificação do grau de periculosidade do acusado é fator preponderante.

Originalmente, o Código Penal de 1940 era regido pelo sistema do duplo binário que estabelecia que o condenado, além de cumprir pena, deveria, após seu cumprimento, ser submetido à medida de segurança, configurando o verdadeiro *bis in idem*.

Para entender o sistema duplo binário, Fragoso (1984) defende a ideia de que se deve partir da concepção clássica da pena retributiva e expiatória e de suas manifestas insuficiências. A pena, se funda na justiça, como justa retribuição, de forma que ao indivíduo transgressor da norma, nada mais justo do que ter sua liberdade privada como forma de punição pelo mal cometido. Já a medida de segurança, em que pese, ter o louco cometido uma

---

eliminou as medidas de segurança detentivas para os imputáveis e a adoção de um sistema vicariante em relação aos semi-imputáveis, pressupondo a aplicação alternativa de pena ou de medida. Entretanto, a principal modificação trazida por ele foi a proibição de aplicação cumulativa da pena e da medida de segurança.

infração penal, sua submissão se funda na utilidade, quando o Estado o segrega para oferecer tratamento psiquiátrico.

A utilização desse sistema de duplo binário visava à segregação de determinados indivíduos indesejados do convívio social, já que, além de cumprir pena por tempo determinado, eram, imediatamente, submetidos ao cumprimento da medida de segurança, mas, agora, por tempo indeterminado.

O que vige atualmente na legislação penal é o sistema vicariante, pelo qual, em apertada síntese, o imputável ao praticar uma infração penal cumpre pena e o inimputável, deve ser submetido a medida de segurança. O sustentáculo desse discurso é pautado na retribuição do Estado, como forma de punição, atribuindo à pena um caráter geral e especial, em que o meio social, coletivo, previne-se contra o indivíduo criminoso, intimidado psicologicamente com a ameaça de aplicação, contra ele, da sanção ao ilícito penal. Acredita-se que a consequência dessa aplicação de caráter geral enseja a aplicação do caráter especial da pena que, para Bruno (2009), evita a reincidência e promove a correção individual do criminoso.

Por sua vez, a medida de segurança, como instrumento do Direito Penal, também seria utilizada para promover a defesa da sociedade contra o enorme potencial ofensivo inerente àqueles considerados potencialmente perigosos ao convívio social. Para Ribeiro (2001), a medida de segurança teria por finalidade específica a remoção da periculosidade, representada pelo louco infrator, afastando-o da sociedade e oferecendo tratamento à loucura.

O atual Código Penal, de 1940, ganhou forte influência da Psiquiatria, por trazer a conceituação de doença mental e de desenvolvimento mental incompleto ou retardado, que, por sua vez, não se preocupa com o limite temporal de segregação do inimputável, mas com a defesa do meio social.

A doença mental, que caracteriza a inimputabilidade, objeto deste trabalho, é levada em consideração pelo Código Penal pátrio que prevê situações de exclusão e de diminuição da responsabilidade penal na qual o

sofrimento psíquico, permite a compreensão da ilicitude em maior ou menor escala.

À luz do entendimento doutrinário de Gonçalves (2011), aos imputáveis cabe a possibilidade de atribuir a alguém a responsabilidade por um fato, mas para isso, devem-se considerar as condições pessoais que garantam ao agente capacidade suficiente para lhe ser imputada, juridicamente, a autoria de uma infração penal. Assim, todo ser humano que comete uma infração penal e que reúne as condições pessoais de responsabilidade por aquele fato, deve ser penalmente culpado.

O dispositivo legal consagrado pelo Código Penal vigente trata, no seu artigo 26, em um rol enumerativo, daqueles indivíduos conhecidos como penalmente inimputáveis, estabelecendo que são inimputáveis os portadores de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, os menores, os embriagados completamente, em razão de caso fortuito ou de força maior; além dos dependentes de substância entorpecente. (BRASIL, 1940).

Santos defende a ideia de que o Estado tem por obrigação proteger a comunidade e os cidadãos contra os fatos puníveis, utilizando, para tal, tanto as penas criminais, quanto as medidas de segurança, estas sempre fundadas na periculosidade do autor:

Ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumento de proteção social e de terapia individual – ou como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo a interpretação paralela do legislador, são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros. (2007, p. 639)

Desde a modificação de 1984, que estabeleceu que as medidas de segurança são aplicáveis aos inimputáveis e semi-imputáveis definidos no artigo 26<sup>12</sup>, é que a questão da periculosidade, atestada pelo laudo pericial, é

---

<sup>12</sup> Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era

fator preponderante para a aplicação da medida de segurança e, além disso, para a manutenção de sua internação ou da desinternação. Assim, pensar na periculosidade do louco infrator como fator essencial para defender, preventivamente, a sociedade deveria ter, no âmbito do Direito penal, um verdadeiro jogo de futurologia, uma vez que qualquer ser humano, ao ser colocado em situações extremas, pode praticar uma infração penal, independentemente de possuir ou não qualquer patologia mental.

O exercício dessa suposta futurologia, exclusivamente relacionada ao portador de doença mental – completa ou incompleta – seria estabelecer o rótulo de “ser perigoso”, irrestrita e irresponsavelmente, a qualquer indivíduo que assim se caracterizasse. Gomes e Bianchini (2006) consideram esse indivíduo como um inimigo, que se afasta de modo permanente do Direito e não oferece garantias cognitivas de que vai continuar fiel ao ordenamento jurídico.

Buscar garantias para provar à sociedade e ao Estado que não se afastará do Direito ou de permanecer fiel à norma é algo impossível de realização, pois o indivíduo ao se preocupar, exclusivamente, em provar à sociedade que apresenta condições básicas de convivência com seus pares, estaria abrindo mão de seus direitos individuais ao deixar de viver sua liberdade em prol do bem-estar coletivo.

Mattos (2006) concebe o sujeito responsável a partir da sua capacidade de escolha e de compreensão, isto é, do conhecimento da ilegalidade e dos efeitos de sua conduta, além da opção livre e consciente de praticar a infração penal. Se alguém livre, consciente e sabedor do resultado da escolha pelo mundo do crime não é tido como perigoso, como, então, rotular o louco infrator como indivíduo portador de periculosidade, capaz de ser submetido à medida de segurança, simplesmente pelo fato da periculosidade estar, diretamente, relacionada à sua incapacidade jurídica?

---

inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

O que se percebe é que, conforme defendido por Zaffaroni (2015), o utilitarismo disciplinador criado por Bentham<sup>13</sup> tinha a sociedade como uma grande escola, na qual se devia impor ordem, sendo a disciplina o ponto principal de que o governo dispunha para distribuir felicidade e castigo. Desse modo, o homem que fosse saudável e equilibrado receberia do Estado a felicidade de ver a sujeição do indivíduo infrator à dor, à prisão.

Mas como falar de tratamento médico ou medidas de natureza preventiva e assistencial, como afirmado por Souto (2007), se os instrumentos utilizados, na prática, sequer garantem o exercício de direitos individuais fundamentais? Questionamento como esse é que conflita com o entendimento de que direitos e garantias fundamentais individuais devem ser observados quando se trata da questão criminal, especialmente a que envolve o cumprimento de pena ou de medida de segurança.

A relação felicidade e dor, sob a ótica deste trabalho, está diretamente relacionada com a exclusão do louco infrator do meio social, haja vista a periculosidade atestada em sua conduta e a veemente necessidade de proteção coletiva e, como via de consequência, sua submissão a tratamento médico que não atende às especificidades apresentadas pela doença portada.

Observe-se, diante disso, que o direito penal do inimigo<sup>14</sup>, pode ser usado mesmo quando se trata ao louco infrator, uma vez que o agente com esse comprometimento se afasta de modo permanente do direito e não oferece qualquer garantia cognitiva de que vai permanecer fiel à norma, devendo, em

---

<sup>13</sup> Prazer ou felicidade eram os elementos essenciais da estrutura do utilitarismo de Bentham tendo no Direito o meio para aumentar a felicidade da sociedade ao desestimular a realização de atos criminosos ou ilegais, que representavam a dor. Nesse sentido, ao cometer delitos, o infrator mostrava que não estava bem, que não era suficientemente ordenado por ter escolhido a dor e por isso deveria ser segregado do meio social. Para ele o desequilíbrio evidencia a desordem pessoal do infrator e deve ser corrigido, o que o fez projetar a prisão denominada *panóptico*, com estrutura radial, de forma que o preso tenha conhecimento de que está sendo observado a partir do centro e por olhos mágicos a qualquer momento.

<sup>14</sup> Teoria desenvolvida pelo professor Günther Jakobs, na segunda metade da década de 90, e que proporciona uma distinção entre um Direito Penal do Cidadão, no qual, a observância de todos os princípios fundamentais que lhe são pertinentes são garantidos e, um Direito Penal do Inimigo, despreocupado com seus princípios fundamentais, preocupado em confirmar a estrutura normativa da sociedade, interceptando os infratores como inimigos do Estado.

razão da moléstia, ser neutralizado com a aplicação de medida de segurança, no determinado grau de sua periculosidade.

É essa periculosidade que muitas vezes, como relata Mattos (2006), é presumida, pois mesmo ocorrendo a alta, atestada por laudo psiquiátrico, a punição é mantida em razão do perigo que o indivíduo representa para o futuro, e não com relação a infração que tenha cometido no passado, tornando-se mais aflitiva do que a pena, por possuir um caráter indeterminado.

A questão da presunção da periculosidade e o tempo mínimo definido pela legislação para a manutenção do louco infrator sob medida de segurança, tem por objetivo proteger o juiz de influências ilegítimas de laudos superficiais ou de conclusões precipitadas. Hungria e Fragoso evidenciam o conflito existente entre os juristas e os psiquiatras e afirmam que a possibilidade de revogação da medida em um curto espaço de tempo, sequer deveria ser cogitada.

(...) somente depois de prolongado tratamento e de detida observação médica pode um estado de profunda morbidez psíquica ser declarado curado (quando acessível à cura) ou suficientemente atenuado (...)

(...) A experiência tem demonstrado que, não obstante demorado tratamento e plausível indicação de cura, o liberado do manicômio não tarda, às vezes, em revelar a persistência de sua periculosidade, fazendo-se protagonista de crimes da maior gravidade. O prazo mínimo de internação é, aqui, um preservativo, até certo ponto eficaz, contra a precipitada antecipação de retorno do internado ao convívio social. (1978, p. 189-190).

Sob esse prisma, Carvalho (2013) afirma que, além dos transtornos que, podem possivelmente, gerar situações de inimputabilidade e semi-imputabilidade, é possível, ainda, analisar diante da culpabilidade – aspecto tratado quando da dosimetria da pena<sup>15</sup>, – determinadas alterações de ordem

---

<sup>15</sup> Art. 59 - O juiz, atendendo à culpabilidade, aos antecedentes, à conduta social, à personalidade do agente, aos motivos, às circunstâncias e consequências do crime, bem como ao comportamento da vítima, estabelecerá, conforme seja necessário e suficiente para reprovação e prevenção do crime:

I - as penas aplicáveis dentre as cominadas;

II - a quantidade de pena aplicável, dentro dos limites previstos;

III - o regime inicial de cumprimento da pena privativa de liberdade;

IV - a substituição da pena privativa da liberdade aplicada, por outra espécie de pena, se cabível.

psíquica capazes de afetar a cognição e o comportamento, como as fobias, as depressões e, as dependências químicas, por exemplo.

Existem legislações, como a Lei nº 9.605/98, em seu artigo 14, I<sup>16</sup> que consideram como circunstância atenuante de um crime ambiental, os indicadores da baixa capacidade cognitiva, como o baixo grau de instrução ou escolaridade do agente, mas o que se percebe é que no Direito Penal não há que se falar nessa especificação.

Aqui, como já afirmado por Carvalho (2013), o juízo de culpabilidade vai depender, basicamente, da análise concreta de como variáveis como essas influenciaram ou deixaram de influenciar na tomada da decisão, sendo que tais variáveis, como o grau de escolaridade e a situação econômica, permitem avaliar a vulnerabilidade do sujeito quando do interrogatório. O que importa é a determinação mínima do vínculo com o ilícito ou sua relação com a maior ou menor exposição pessoal à incidência do controle social punitivo.

Para a caracterização da responsabilidade penal, deve-se, segundo Gonçalves (2011), considerar a condição mental do agente, ou seja, sua capacidade, ao tempo da ação ou da omissão, verificando se ele era totalmente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com tal entendimento. Esse é o critério biopsicológico trazido pela legislação penal brasileira.

Nesse aspecto, é, no âmbito do direito penal, isento de pena todo ser humano que, no tempo da prática de uma ação ou omissão, considerada penalmente ilícita, não possuía capacidade de entender a ilicitude de sua conduta ou de determinar-se de acordo com essa consequência. A esse indivíduo, aplica-se a medida de segurança.

Zaffaroni e Pierangeli prelecionam:

As medidas de segurança previstas no Código vigente, referem-se tão somente aos inimputáveis (art. 26, *caput*) (...). A natureza das

---

<sup>16</sup> Art. 14. São circunstâncias que atenuam a pena:  
I - baixo grau de instrução ou escolaridade do agente;

chamadas medidas de segurança, ou simplesmente medida, não é propriamente penal, por não possuírem caráter punitivo, mas o são formalmente penais, e, em razão disso, são elas impostas e controladas pelos juízes penais. (2004, p. 809)

Assim, são considerados irresponsáveis aqueles que não entendiam ou não poderiam entender o caráter ilícito de suas condutas ou de suas omissões. De outra forma, seriam responsabilizados e, portanto, punidos, aqueles que possuíam total capacidade de entender a criminalidade e a potencialidade da lesão causada à vítima ou à sociedade pela sua conduta.

Esse tipo de penalização reflete a influência trazida pelo Código Italiano de 1930, no qual a aplicação da pena ou da medida de segurança deveria ser sempre avaliada em relação ao tempo da ação ou da omissão, como asseveram Zaffaroni e Pierangeli (2004).

Diante desse tratamento dispensado pelo legislador, fica evidente a preocupação em proteger a sociedade do eventual perigo causado pelo homem, independente de sua capacidade de discernimento ou da sua necessidade de assistência. É sob esse prisma que, para reprimir tais condutas, o Estado promovia a indeterminada segregação daqueles que representavam algum mal à sociedade.

Por conferir mal à sociedade, todos aqueles que praticavam condutas ilícitas no âmbito do Direito penal, deveriam ser submetidos a exames clínicos, capazes de diagnosticar qual a doença e quais as consequências do mal cometido pela ação. Ou seja, ao doente mental, total ou parcialmente, é atribuído, por um médico psiquiatra, um grau de periculosidade e esse grau é o que norteia a aplicação da medida de segurança e, por conseguinte, a duração de sua segregação.

Nesse aspecto, assinala Ferrari (2008) que a periculosidade passou a ser tratada como uma verdadeira decorrência da falta de imputabilidade, já que, se o indivíduo fosse reconhecido inimputável, seu perigo seria presumido e, por essa razão, deveria ser segregado do convívio social.

Essa seria a explicação do critério biopsicológico utilizado pelo Código Penal Brasileiro. Ocorrido um ilícito típico e havendo fundada suspeita

sobre a higidez mental do autor, o incidente de insanidade mental deverá ser instaurado, devendo ficar comprovada a ausência de imputabilidade e, conseqüentemente, a periculosidade, vez que é na periculosidade que se fundamenta a aplicação da medida de segurança. É sob o manto do conhecimento psiquiátrico que deve ser averiguada a existência de enfermidade e do fator psicológico do agente no momento do cometimento do crime.

Diante do reconhecimento de uma patologia clínica acerca do desenvolvimento mental incompleto ou retardado do sujeito, o Estado, com a declaração de periculosidade, tem a obrigação de aplicar cuidados especiais àquele que teve contra si aplicada a medida de segurança. É nesse aspecto, que fica estabelecida a estreita relação entre a doença mental e a periculosidade, que ampara o atual modelo de intervenção penal adotado no Brasil.

Ferrari afirma, ao tratar dessa patologia social, a ocorrência da prevenção:

Ao adotar a ideologia do tratamento, optavam por uma concepção preventista, selecionando, na Defesa Social, no Determinismo, na Periculosidade e no Utilitarismo os princípios imanentes a essa categoria de resposta sancionatória. (2001, p.20)

Essa aplicação, inicialmente, tem como objetivo promover o controle social por meio da segregação daquele que é considerado um problema para os demais membros daquela comunidade. É nesse sentido que Prado (2009) entende que a medida de segurança é uma consequência jurídica do delito, cujo caráter é penal e é orientada por razões de prevenção especial. Fica, portanto, evidenciado que a aplicação da medida de segurança é pautada na periculosidade, e não na culpabilidade.

Certo é que, independentemente da espécie de medida de segurança, isto é, se ela é aplicada na modalidade internação, como medida detentiva, para aqueles que cometeram um ilícito penal punível com detenção ou reclusão, ou se sua aplicação é não detentiva, punível com tratamento ambulatorial, o papel preventivo do Estado ao segregar a convivência com os

demais membros da sociedade, acaba prejudicando o êxito na função terapêutica da suposta medida.

A imposição da medida de segurança mostra, diante da condição pessoal de cada indivíduo, que o direito penal não poderia se limitar, tão somente, à ponderação do crime de forma isolada, sem considerar essas condições do infrator com a finalidade única de punição. É necessário, também, propor moderações ao caráter retributivo, utilizando-se do princípio da legalidade penal, bem como, da proporcionalidade entre as infrações e suas consequências jurídicas, primando pela utilidade, pela correção e pelo estabelecimento da paz social.

A internação do portador de doença mental, aplicada pelo Estado-Juiz, possui caráter preventivo, já que objetiva prevenir a prática de infrações penais, ao invés de castigar o infrator. É nesse sentido que, tanto o legislador, quanto o aplicador do direito entendem que a pena não visa mais a punir o corpo, e sim a alcançar uma finalidade eficaz motivada pela prevenção ao crime. E mais do que prevenção, foi traçada a necessidade de conservação da paz social para justificar e fortalecer a ideia de que a internação daquele infrator é necessária diante da exposição da sua condição pessoal.

É assim que, diante do contexto de sua aplicação e dessas condições pessoais do infrator do ilícito penal, que a medida de segurança supõe representar precaução tomada no interesse do acusado e da própria coletividade, de forma a preservar a estabilidade social.

Saliente-se, todavia, que apesar de se sustentar que as medidas de segurança não possuem caráter punitivo, as leis penais impõem um controle formalmente penal e limitam as possibilidades de liberdade da pessoa. Com essa imposição formal e o fato de que sua duração é condicionada pela permanência da periculosidade do agente destinatário, a legislação estabeleceu um tempo mínimo para o cumprimento da medida de segurança, geralmente, de um a três anos, para a verificação da cessação dessa periculosidade, deixando de considerar a cessação antes daquele prazo.

O tempo de aplicação da medida de segurança não foi disciplinado pela legislação penal brasileira, ficando seu estabelecimento a cargo de um laudo, emitido por profissional da medicina. É esse profissional que determina a existência e o grau de periculosidade do sujeito e, com base nisso, o Estado fundamenta a manutenção da segregação em prol da proteção social, que deve persistir até a recuperação total do indivíduo, de forma que não traga mais qualquer possibilidade de ato atentatório à vida social.

É nesse aspecto, de segregação individual em prol da sociedade e de um discurso que se sustenta pela ideia do equilíbrio social, da paz social e do atendimento às regras penais, que é importante tratar a medida de segurança sob o aspecto do Utilitarismo<sup>17</sup> trazida pelo Direito Penal desde a instituição da primeira legislação penal brasileira.

A segregação desses indivíduos ocorria e, até hoje ocorre, em locais específicos, destinados a receber infratores da norma jurídica que portam alguma espécie de transtorno mental. É a partir do entendimento de como ocorria essa segregação, que a seção seguinte traça um aporte histórico dessas instituições, trazendo sua abordagem desde o Código do Império até os dias atuais.

---

<sup>17</sup> Em razão do Direito penal ser o ramo mais repressivo do ordenamento jurídico, a repressão a ser aplicada pelo Estado, deve ocorrer de forma a proteger os bens jurídicos, ainda que para que ocorra essa proteção, haja a restrição da liberdade individual em prol do bem estar da sociedade.

## **1.1 Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos – HCTP – no Brasil**

No Brasil, a medida de segurança, começou a ser difundida a partir da necessidade de implementar um local destinado às pessoas consideradas loucas e que em razão da loucura cometeram crimes. Segundo Carrara (2010), na segunda década do século XX, no Brasil, o hospital destinado a acolher os loucos infratores, era o mesmo que acolhia os loucos não criminosos, para lá encaminhados com o único objetivo de receber medicalização. Ressalte-se que a única forma de reprimir a agitação, proveniente da loucura daquele que não cometeu crime, era a aplicação de práticas violentas e repressivas, dispensadas nesses hospitais.

Registros lançados no Código Criminal do Império, segundo Piccinini (2002), permitiam inferir, da leitura do seu artigo 10, que o indivíduo que praticasse qualquer ato delituoso sob o estado de perturbação mental seria considerado irresponsável. O artigo 12 trazia o mandamento de que os loucos que cometessem crimes deveriam ser recolhidos a casas que lhes eram destinadas ou serem entregues às suas famílias, de acordo com o entendimento do juiz e o grau do transtorno.

É nesse contexto que surgem as Casas de Correção, adequadas para exercer o controle dos loucos. Entretanto, Resende (2007) infere que algumas dessas casas recusavam-se a receber os loucos criminosos. Para coibir essas recusas, o Decreto nº 1.132 de 22.12.1903, foi instituído com o objetivo de determinar a custódia desses loucos criminosos em estabelecimentos penais, entretanto essa custódia deveria ser segregada dos demais presos, haja vista a periculosidade inata aos doentes mentais.

Pautada nessa periculosidade do louco infrator foi que surgiu a obrigatoriedade de instalação dos manicômios judiciários em todos os Estados da federação, na impossibilidade de sua instalação, a determinação era de que fossem criados pavilhões especialmente destinados aos loucos criminosos, o que foi reafirmado pelo Decreto nº 5.148A de 10.01.1927.

De acordo com Carrara (2010) foi somente após a vigência do Decreto nº 5.148A que houve a instalação, nos estabelecimentos penais, de uma enfermaria especificamente voltada à internação dos alienados delinquentes no Hospício Nacional de alienados, surgindo então a Seção Lombroso.

Essa Seção, como nos informa Delgado (2001), era um local especial de segurança que funcionava apresentando inúmeros problemas e que foi extinta por ocasião da criação do Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro. A disciplina legal que regulamenta a construção dos manicômios judiciários no Brasil foi pautada no Decreto nº 5.148A/1927, bem como na ideia de periculosidade sugerida pela doença, levando em consideração a concepção de delinquência de Lombroso.<sup>18</sup>

Diante da percepção do homem delinquente, surgiu, na década de 20, sob a direção de Heitor Pereira Carrilho, médico psiquiatra, o primeiro manicômio judiciário do Brasil e da América Latina, a Seção Lombroso<sup>19</sup>, situada no Hospício Nacional do Rio de Janeiro, destinada a confinar os doentes mentais que tivessem cometido crimes. Foi somente na década de 80, que esse local, destinado a atender os portadores de transtornos mentais infratores, passou a ser designado de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho.

---

<sup>18</sup> Cesare Lombroso, médico italiano, que conseguiu desenvolver os primeiros traços de um estereótipo criminoso. Possibilitou a quebra de paradigma entre o Direito Penal e a Criminologia, uma vez que aliado aos adeptos da Escola Positiva de Direito Penal rebatem a Escola Clássica da responsabilidade penal lastreada no livre arbítrio. Em sua obra *O Homem Delinquente*, cuja primeira edição ocorreu em 1876, apontou algumas características corporais do homem delinquente, como protuberância occipital, órbitas grandes, testa fugidia, arcos superciliares excessivos, zigomas salientes, prognatismo inferior, nariz torcido, lábios grossos, arcada dentária defeituosa, braços excessivamente longos, mãos grandes, anomalias dos órgãos sexuais, orelhas grandes e separadas, polidactia. Atribuiu-lhes, ainda, características anímicas, a saber: insensibilidade a dor, tendência a tatuagem, cinismo, vaidade, crueldade, falta de senso moral, preguiça excessiva e caráter impulsivo.

<sup>19</sup> Assim denominada de forma a homenagear o médico que entendeu os fenômenos criminosos e o leva alguém a praticar crimes e, ainda, para indicar a ala dos portadores de doença mental. Ressalte-se, ainda, que diante da necessidade, mais uma forma de intervenção social, o manicômio judiciário se caracterizou por ser uma instituição que permitia o encontro entre o crime e a loucura, marcada por intervenções psiquiátricas e que, inicialmente, funcionavam nas dependências dos hospícios.

Destaque-se que, naquele mesmo ano, houve a promulgação do Decreto nº 14.831 de 25.05.1921, que tratou do manicômio judiciário, dispondo em seu artigo 1º:

O Manicômio Judiciário é uma dependência da Assistência a Alienados no Distrito Federal, destinada a internação:

I. Dos condenados que achando-se recolhidos às prisões federais, apresentam sintomas de loucura.

II Dos acusados que pela mesma razão devam ser submetidos a observação especial ou tratamento.

III Dos delinquentes isentos de responsabilidades por motivo de afecção mental (código penal, art. 29) quando a critério do juiz assim o exija a segurança pública.

O surgimento dos manicômios brasileiros ocorreu sob forte influência da doutrina positivista, pautada no Código de 1940, que objetivava a defesa da ordem social. Assim, a concepção do homem delinquente, trazida por Lombroso, permitiu a conclusão de que era um perigo à ordem social, devendo ser recolhido a manicômios judiciários o tempo necessário para que cessasse a sua periculosidade.

Esses manicômios, mais tarde chamados de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP - eram caracterizados, como descreve Carrara (2010), fundamentalmente, por ser ao mesmo tempo um espaço prisional e asilar, penitenciário e hospitalar.

O Hospital de Custódia, com da reforma penal de 1984, passou a prever para os inimputáveis dois tipos de tratamento: o de cunho privativo que é a internação, propriamente dita, e o de cunho ambulatorial, que ocorre de forma restritiva mediante tratamento ambulatorial fora do ambiente “hospitalar”, mas todas as acepções tem na periculosidade o fator primordial para o exercício do tratamento e na internação em hospitais de custódia a forma de cumprimento da medida aplicada pelo Poder Judiciário.

A medida de segurança aplicada pelo sistema penal brasileiro leva em consideração a instauração de um incidente de insanidade mental, que condiciona a internação do indivíduo à realização de um exame pericial

psiquiátrico, a fim de que se possa estabelecer um liame causal entre o crime praticado e a enfermidade mental.

Nesse caso, confirmado o nexo de causalidade entre o cometimento do crime e a doença mental, não há que se falar em pena de prisão e sim na aplicação de medida de segurança, nas modalidades previstas em lei, acima descritas, ambulatorial ou internação<sup>20</sup>. Com a aplicação da medida de segurança na modalidade internação, o paciente deve ser recolhido a um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, com o objetivo de realizar o tratamento adequado à doença mental apresentada.

A internação do portador de transtorno mental em hospital psiquiátrico deve seguir padrões específicos que possibilitem o desenvolvimento do tratamento a ser dispensado e nesse contexto é importante conhecer, de forma amíúde, como funciona o hospital de custódia no Estado do Pará.

### **1.1.1 O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP**

No Estado do Pará, o órgão destinado a executar as penas impostas pelo Poder Judiciário é a SUSIPE – Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará –, criada pela Lei nº 4713/1977 e vinculada à Secretaria de Estado de Segurança Pública.

A estrutura das Casas Penais desde a criação do órgão, obedecia o que dispunha o Decreto nº 1132/1903, no que se refere à destinação de uma parcela das penitenciárias existentes para a internação dos criminosos condenados a cumprir medida de segurança. O cumprimento da medida, antecedido do reconhecimento judicial, fundado na existência de um laudo pericial, que tem na periculosidade fundamentos suficientes à aplicação e manutenção da medida.

---

<sup>20</sup> Artigo 96 do Código Penal Brasileiro.

Após a realização do incidente de insanidade mental, que ocorre no curso do processo de conhecimento, no qual ocorre a constatação, via laudo pericial, da periculosidade do agente, a segregação desse indivíduo ocorria em uma penitenciária comum, onde era internado em uma ala específica, reservada para os portadores de doença mental, mas sem qualquer atenção especial à enfermidade apresentada.

No âmbito do território paraense, até a criação do HCTP, que ocorreu em 2007, a execução das medidas de segurança seguiam a mesma estrutura das penas privativas de liberdade, sendo executadas em alas separadas das dos presos comuns.

O tratamento dispensado ao paciente, quando de sua internação em estabelecimento penal comum, era realizado mediante o suporte do Hospital das Clínicas, que ocorria sempre que os pacientes submetidos à medida de segurança apresentavam surtos psicóticos. O interno que precisasse ser transportado ao Hospital das Clínicas para atendimento, enquanto não houvesse disponibilidade de transporte, que ocorria em viatura comum e não em ambulância, acompanhado por um agente prisional e não por profissional da área da saúde, ficava mantido em cela isolada até que o transporte e a vaga no Hospital fossem garantidos.

O atendimento prestado aos portadores de doença mental, após a submissão à medida de segurança, ocorria somente por ocasião da existência de surtos, pois, no dia-a-dia, sem equipe médica especializada para tratar cada caso, o Estado não oferecia especialistas e medicamentos necessários para dispensar o tratamento adequado a todas as unidades prisionais do Estado.

Ademais, considerando toda a extensão territorial do Estado e que a imposição da medida de segurança ocorria por todas as 154 unidades judiciárias, 64 comarcas de primeira entrância, 85 comarcas de segunda entrância e 5 termos judiciários, distribuídos de acordo com o Código Judiciário do Estado do Pará<sup>21</sup>, e, ainda, considerando que o Hospital das Clínicas está localizado na cidade de Belém, a dificuldade de acesso ao tratamento, mesmo

---

<sup>21</sup> Lei Estadual nº 5008 de 10 de dezembro de 1981.

que paliativo, era estendido a todos daqueles que cumpriam a medida no interior do Estado.

A realidade específica do Estado do Pará, no que diz respeito aos seus aspectos geográficos e econômicos, permitiu a percepção, por parte do Sistema Penal, da necessidade de construção de um local específico para segregação dos internos, submetidos à medida de segurança, longe dos demais presos, ocasião em que servidores da Superintendência do Sistema Penitenciário do Pará - SUSIPE tomaram a iniciativa, para dar início ao cumprimento das determinações do Decreto nº 1132/1903<sup>22</sup>, propondo o acolhimento e a reunião dos internos em um único espaço físico, antes destinado ao desativado presídio feminino.

A custódia desses internos no antigo presídio feminino, em 1999, ocorreu mesmo diante da carência de estrutura e de equipe técnica preparada para tratar os casos com a especificidade exigida. Com as dificuldades relacionadas ao trato da saúde dos apenados em geral, inclusive os portadores de doença mental condenados a cumprir a medida de segurança e àqueles que esperavam a conclusão do laudo pericial na condição de “louco provisório”, a SUSIPE iniciou uma campanha para a criação do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP no Complexo Penitenciário da Vila de Americano, no município de Santa Izabel - PA.

O objetivo inicial, implementado pelo Convênio<sup>23</sup> firmado entre o Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN e o Governo do Estado, era criar um centro de atendimento médico-hospitalar aos apenados, tendo como público alvo imediato os portadores de doença mental, de forma que não fosse mais necessário todo o transtorno causado pela remoção e pelo atendimento dessa população pelos centros de atendimento médico-hospitalar destinados à sociedade civil.

---

<sup>22</sup> Reorganiza a assistência a alienados.

<sup>23</sup> Convênio nº 184 de 2001 firmado entre o Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN – e o Governo do Estado, mediante a disponibilização do valor de R\$ 5.555.713,41 de recursos divididos entre o Fundo Penitenciário Nacional, DEPEN, verbas estaduais.

Antes da sua entrega definitiva em 2007, o HCTP/PA teve sua construção paralisada em virtude de problemas administrativos relacionados ao processo licitatório, ocasião em que a população continuava recebendo atendimento na rede pública de saúde convencional, de modo que os portadores de doença mental eram atendidos pelo Hospital das Clínicas somente quando apresentavam crises.

Cabe destacar que, na realidade, com conclusão da obra, o HCTP não funcionou como o esperado, uma vez que equipamentos hospitalares adquiridos pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará - SESPA e entregues ao hospital, não foram utilizados e ante a inexistência de pessoal especializado, foram remanejados às unidades de saúde convencionais e outros acabaram por virar sucata pela falta de utilização.

Nas instalações, foram disponibilizados espaços para centros cirúrgicos, enfermarias, laboratórios clínicos, consultórios médicos, lavanderia, salas de radiografia e ultrassonografia, mas nunca entraram em funcionamento.

O certo é que o HCTP/PA foi instalado e entrou em funcionamento acolhendo os internos que para lá haviam sido remanejados, contando com uma equipe técnica desfalcada, em virtude de não haver, no quadro permanente de servidores, um médico psiquiatra. A estrutura se restringia a uma equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem, médico visitante, odontólogo e psiquiatra contratado, que presta atendimento em seu consultório particular e não frequenta o hospital.

Ainda hoje, compete à SUSIPE, agora dispendo de uma unidade de saúde móvel, transportar o interno do HCTP ao consultório do médico psiquiatra para a realização de avaliações e de atendimentos, contando, ainda, com a intervenção do Hospital das Clínicas.

Atualmente, o quadro de profissionais do HCTP no que se refere à assistência à saúde, é constituído, tão somente, por uma profissional da medicina que presta atendimento todas as terças e sextas-feiras, mediante demanda espontânea e sob a responsabilidade do setor de enfermagem.

Os demais atendimentos, previstos para serem realizados pelo HCTP, como exames laboratoriais, clínica geral e exames por imagem, são prestados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, obedecendo a ordem de atendimento do público em geral, sem garantir prioridades à população carcerária.

Atendimentos de rotina aos portadores de transtorno mental acontecem em uma clínica contratada pela SUSIPE, a Clínica Santa Edwirges, localizada no Município de Ananindeua-PA que atende a uma demanda de 20 pacientes por mês<sup>24</sup>, com reavaliação a cada três meses, dificultando a eficiência e a eficácia do tratamento.

A realidade do HCTP/PA, desde a sua criação até os dias de hoje, não sofreu qualquer modificação, uma vez que continua sem médicos psiquiatras e sem equipe técnica especializada para o tratamento dos transtornos mentais apresentados pelos internos, implicando na ausência de continuidade do tratamento em virtude da terceirização de atendimento e, principalmente, por continuar tratando os surtos e as crises psiquiátricos no âmbito do Hospital das Clínicas.

A equipe que compõe o HCTP/PA é formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos, sem contar com a presença do médico psiquiatra, que só ocorre quando da realização de perícias para a verificação da cessação da periculosidade, por intermédio do Centro de Perícias Científicas Renato Chaves – CPC Renato Chaves, que conta, apenas, com 01 perito psiquiatra forense para atender a toda a demanda estadual.

Dados fornecidos pela SUSIPE em novembro de 2014, informam que o HCTP conta, atualmente, com uma população de 225 reclusos, sendo 88 internos já submetidos à medida de segurança, 27, presos condenados que apresentaram problemas psiquiátricos no curso do cumprimento da pena privativa de liberdade e foram para lá encaminhados e lá permanecem 98, com transtornos mentais que cometeram crimes e no curso do andamento

---

<sup>24</sup> Dados coletados em novembro de 2014 junto a SUSIPE.

processual tiveram contra si instaurado o incidente de insanidade mental ainda não concluído, estando, assim, na condição de internado provisório.

Os crimes cometidos pelos portadores de transtorno mental, em sua maioria, são de homicídio, havendo registros de crimes contra o patrimônio e de lesões corporais de natureza média a grave, percebendo-se que todos permanecem no HCTP/PA por tempo superior à pena mínima cominada a cada tipo penal.

Ressalte-se que essa população é oriunda de todo o Estado do Pará, uma vez que as comarcas do interior e as varas penais da capital e da região metropolitana, ao constatar a existência de transtorno mental, independentemente da aplicação ou não da medida de segurança, determinam a transferência cautelar imediata do interno ao HCTP/PA.

A ausência de médicos psiquiatras, a falta de acompanhamento especializado no dia-a-dia desses internos e a dificuldade na realização de exames periciais que concluam pela cessação de periculosidade permite que pessoas fiquem internadas e sejam submetidas à medida de segurança por mais tempo do que o determinado, sem o suporte e o tratamento adequado ao transtorno portado, demonstrando a existência de casos de submissão de cumprimento da medida de segurança desde fevereiro de 1997 até hoje.

O quadro apresentado pelo HCTP, desde a sua criação até os dias atuais, é totalmente contrário ao que dispõe a política de Saúde Mental, como os direitos previstos na Lei nº 10.216/2001<sup>25</sup> de ter direito à presença médica, em qualquer tempo, ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis e, acima de tudo, desenvolver uma política de saúde mental com a participação da família e da sociedade.

A finalidade do tratamento promovido pelo Estado é a reinserção social do paciente ao meio social, o que, na realidade não ocorre, uma vez que os internos, em sua grande maioria, sequer recebem visitas de familiares,

---

<sup>25</sup> Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

descumprindo-se, no âmbito do Estado do Pará, as diretrizes que devem ser adotadas aos pacientes judiciários e à execução da medida de segurança.

#### 1.1.2.1 Panorama Atual do HCTP

Delineado o surgimento, funcionamento e o tipo de tratamento dispensado aos infratores portadores de doença mental no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará, é de suma importância conhecer a realidade da casa.

Por essa razão, este trabalho aborda o quantitativo dos internos submetidos a medida de segurança, cujo registro de ingresso ocorreu no mês de novembro de 2014 e foram obtidos junto ao HCTP/PA, devidamente autorizados pela SUSIPE.

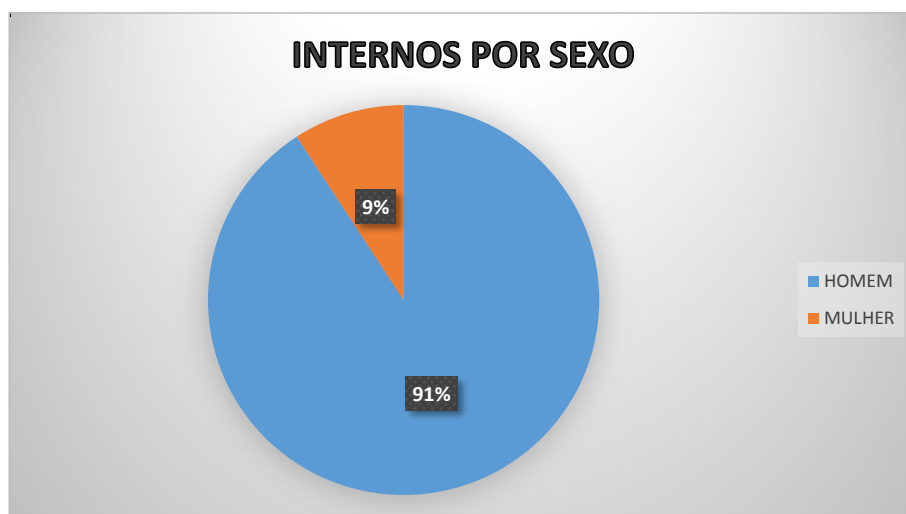


GRÁFICO 1 – Quantitativo de internos por sexo. FONTE: HCTP-SUSIPE/2014.

O HCTP possui um total de oitenta e sete internos, todos brasileiros natos, sendo que, nesse montante, há oito mulheres cumprindo medida de segurança, com ingresso no HCTP no mês de novembro de 2014.

A população masculina possui maior representatividade, com 91% (noventa e um por cento) e a feminina, com um total de 9% (nove por cento). Nesse contexto, é importante considerar que desse percentual quatro mulheres se encontram internadas com laudo pericial, representando 4% (quatro por

cento) e 6% (seis por cento), que representa quantitativamente cinco mulheres sem que tenham passado por exame de verificação de periculosidade, isto é, sem laudo psiquiátrico.

Já a população masculina, que é a maioria, é constituída por 44% (quarenta e quatro por cento) de internos com laudo pericial que atesta a periculosidade, contra 46% (quarenta e seis por cento) da população masculina que carece de laudo pericial.

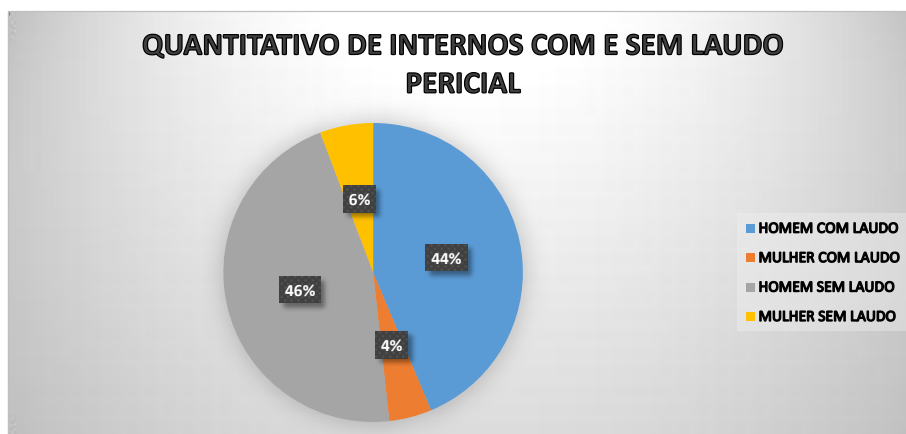


GRÁFICO 2 – Quantitativo de internos com e sem laudo pericial FONTE: HCTP-SUSIPE/2014

Percebe-se que desses percentuais trinta e oito internos possuem junto aos seus prontuários o laudo pericial que atesta a presença de um transtorno mental e, como via de consequência, a periculosidade. De outra forma, quarenta homens estão custodiados/internados sem a presença de um laudo por cento do de insanidade mental que ateste sua periculosidade, sem qualquer previsão de agendamento para a realização de perícia técnica.

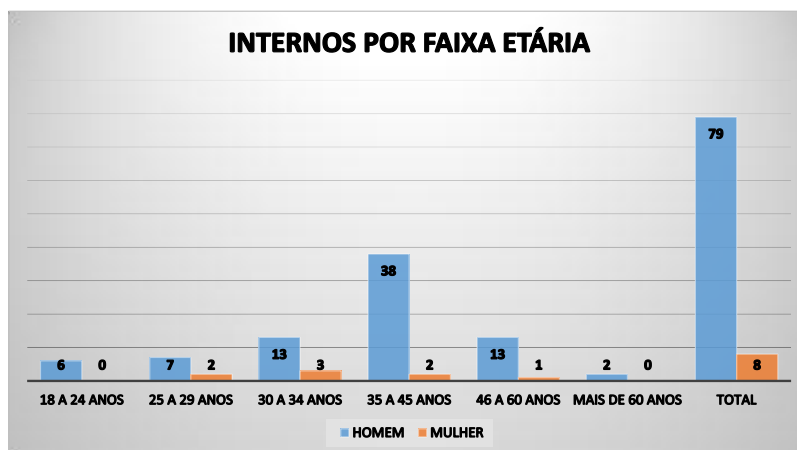


GRÁFICO 3 – Quantitativo de internos por faixa etária. FONTE: HCTP-SUSIPE/2014.

No que se refere à relação de internos considerando a faixa etária, o que se verifica é que a idade que mais concentra o cometimento de infrações, no âmbito das pessoas que se encontram internadas no HCTP, é a que está compreendida entre 35 a 45 anos de idade, com trinta e oito homens e três mulheres na faixa etária de 30 a 34 anos de idade.

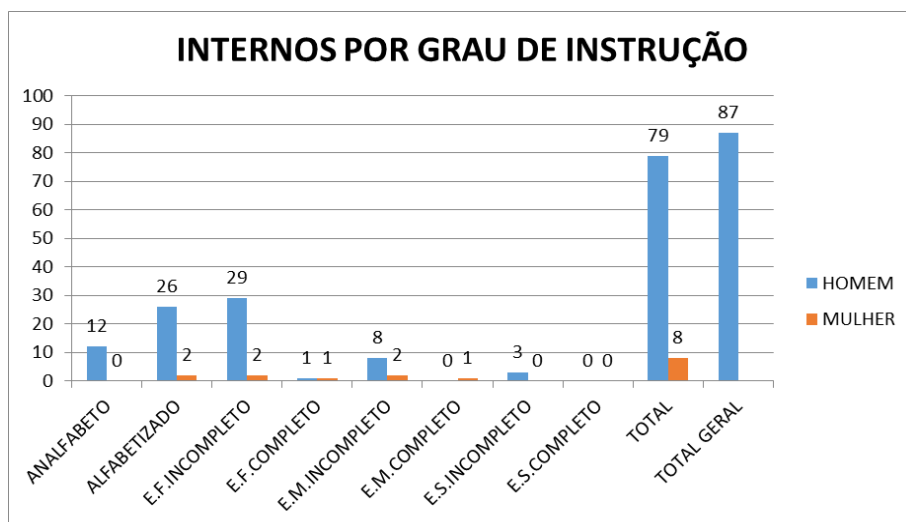


GRÁFICO 4 – Quantitativo de internos por grau de instrução. FONTE: HCTP-SUSIPE/2014.

Outro item classificador dos internos é o grau de instrução, que, de acordo com as informações da SUSIPE, corresponde, em grande parte, ao ensino fundamental incompleto, com vinte e nove homens em referência ao quantitativo total. Dos setenta e nove homens que compõem o quadro do HCTP, doze são analfabetos, vinte e seis são alfabetizados, um possui o ensino fundamental completo, oito deles não completaram o ensino médio e três apresentam ensino superior incompleto. Já no que se refere às mulheres, a duas são alfabetizadas, duas não terminaram o ensino fundamental e duas deixaram de concluir o ensino médio, contra apenas uma que possui o ensino médio completo.

Ao estabelecer, como critério, a incidência penal, o que se verifica é que, em se tratando de crimes contra a pessoa e contra a vida e contra a pessoa, os homens continuam liderando a representatividade, uma vez que dos setenta e nove internados, trinta e três cometeram o crime de homicídio qualificado; oito cometeram o crime de homicídio simples; nove deles cometeram o crime de homicídio na sua modalidade tentada; três praticaram o

crime de lesão corporal e uma pessoa do sexo masculino incidiu no tipo penal de maus tratos.

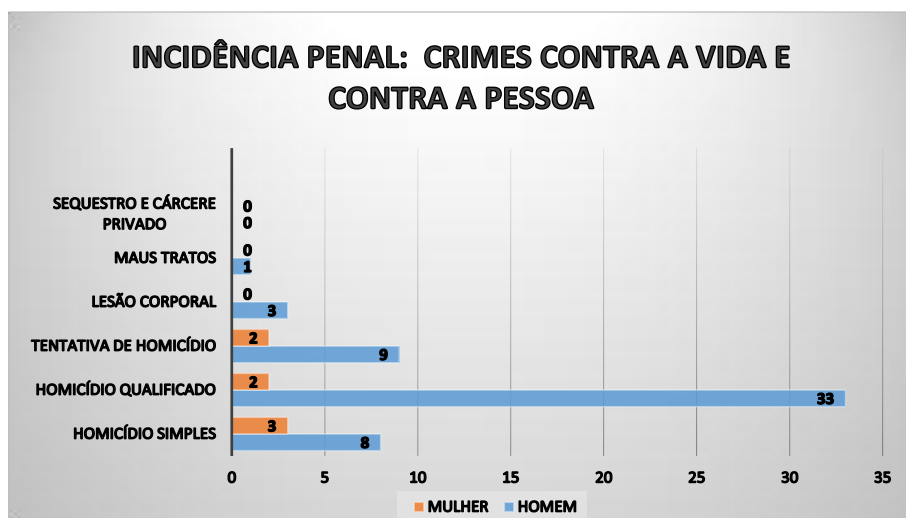


GRÁFICO 5 – Quantitativo de internos por incidência penal. FONTE: HCTP-SUSIPE/2014.

Em que pese a baixa representatividade do sexo feminino no hospital, os números informam que a incidência decorre do crime contra a vida, com o registro de três mulheres internadas por homicídio simples; duas por homicídio qualificado e duas por tentativa de homicídio.

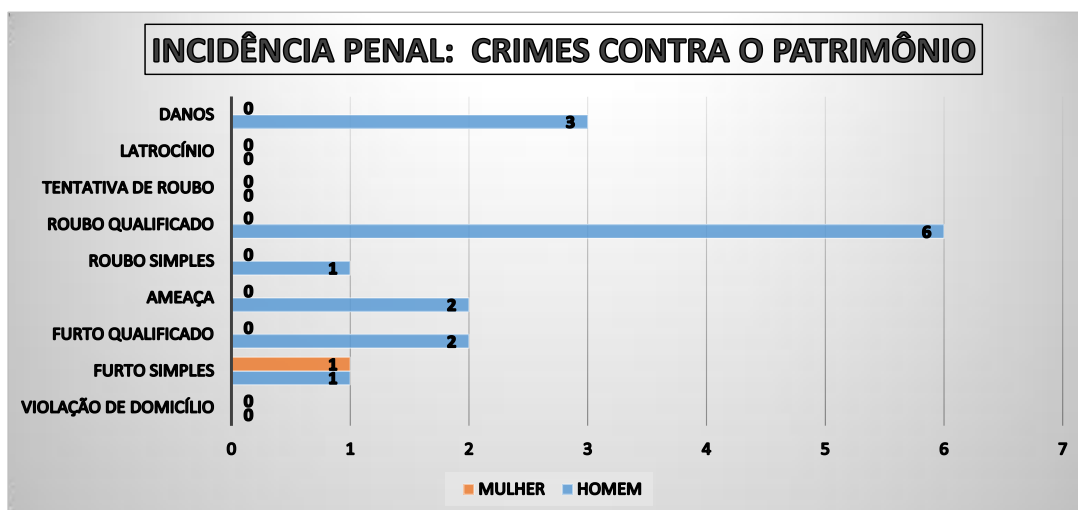


GRÁFICO 6 – Quantitativo de internos por incidência penal. FONTE: HCTP-SUSIPE/2014.

Na esfera dos crimes contra o patrimônio, a incidência maior também é do sexo masculino, onde seis homens cometeram o crime de roubo qualificado; dois cometeram furto qualificado, dois estão internados por ameaça, um pelo cometimento de roubo simples, um por ter praticado furto simples e três por

terem incidido no tipo penal de dano. Nessa categoria de crimes, o registro feminino é de apenas um mulher que cometeu furto simples.

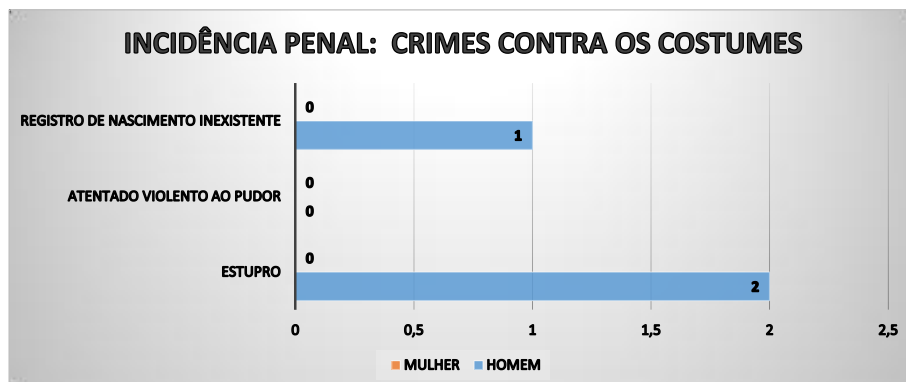


GRÁFICO 7 – Quantitativo de internos por incidência penal. FONTE: HCTP-SUSIPE/2014.

Dentre o rol de crimes contra os costumes, o estupro é o crime com incidência de dois homens no HCTP e um homem por ter cometido o crime de registro de nascimento inexistente, isto é, efetuou o registro de nascimento de alguém que não existiu.

Em se tratando de legislação específica, percebe-se que o tráfico de entorpecentes, a Lei Maria da Penha e os crimes praticados contra crianças e adolescentes previstos no Estatuto da Criança e Adolescente - ECA ganham representação no seguinte aspecto: uma pessoa do sexo masculino incidiu nas condutas do artigo 33 da lei de drogas e seis homens, cometeram crimes contra a criança e o adolescente.

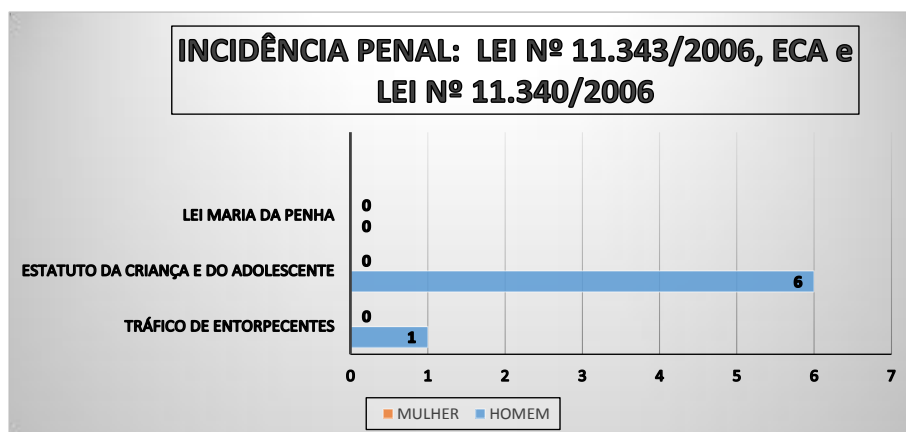


GRÁFICO 8 – Quantitativo de internos por incidência penal. FONTE: HCTP-SUSIPE/2014.

Levando em consideração que os Hospitais de Custódia surgiram para assistir àqueles portadores de doença mental que cometeram infrações penais, a SUSIPE ao fornecer informações acerca das especificidades do atendimento prestado nas dependências do hospital, o fez no sentido de conferir uma referência hospitalar e ambulatorial, conforme a proposta de sua instituição.

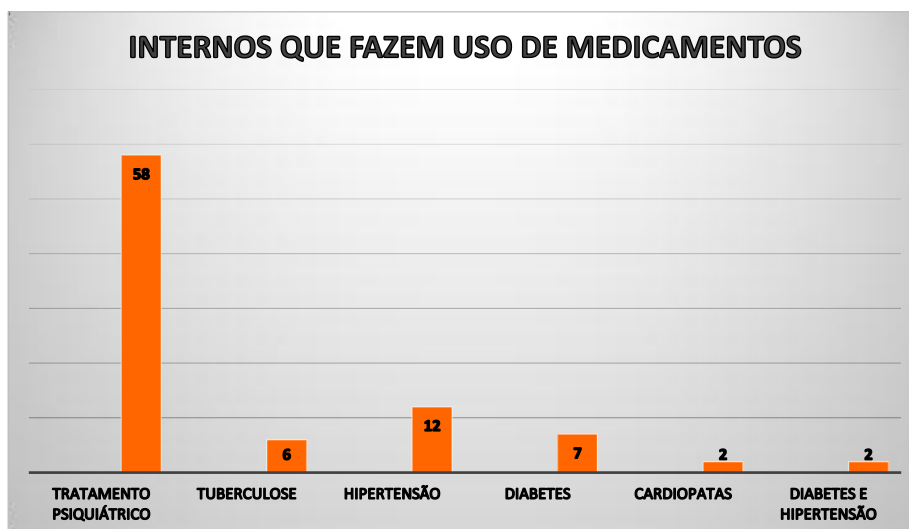


GRÁFICO 9 – Quantitativo de internos que fazem uso de medicamentos. FONTE: HCTP-SUSIPE/2014.

De acordo com os dados fornecidos pela SUSIPE, de todo o contingente populacional que é atendido pelo Setor de Enfermagem, cinquenta e oito pacientes recebem medicamentos em razão de apresentar alguma espécie de transtorno psíquico, mas o tipo de transtorno não está definido se é temporário ou permanente, nem se esse transtorno coloca a vida de terceiros em risco; dentre as outras doenças seis pacientes recebem tratamento para tuberculose; doze fazem uso de drogas para combater a hipertensão, sete utilizam drogas para combater o diabetes, dois fazem uso de medicação por serem portadores de diabetes e hipertensão e dois são cardiopatas.

Assim, o que se percebe, considerando os registros acima transcritos e a situação apresentada, é que o HCTP, desde a sua criação, não está, de fato, funcionando como idealizado. Inicialmente, a proposta era construir um estabelecimento capaz de atender a todo contingente carcerário que

necessitasse de tratamento médico-hospitalar, oferecendo tratamento especializado aos loucos infratores.

Hoje, o HCTP abriga os portadores de doença mental que cometeram crimes e, quando há a necessidade de intervenção psiquiátrica, a equipe presente no estabelecimento se encarrega de transportar o paciente em uma ambulância para as Clínicas particulares conveniadas ao SUS e que atendam à demanda da SUSIPE ou ao Hospital das Clínicas Gaspar Viana, não para dispensar tratamento, e sim atendimento paliativo a surtos e a crises psiquiátricas.

Ressalte-se que a demanda do HCTP se refere a todo o Estado do Pará e abriga tanto os indivíduos que já foram submetidos ao devido processo legal, inclusive ao incidente de insanidade mental para constatar a doença mental e, conseqüentemente, a periculosidade, quanto aqueles que aguardam a conclusão do laudo pericial que ateste a existência, ou não, de periculosidade.

Exercendo papel idêntico aos outros nosocômios, o HCTP deste Estado possui relatos de maus tratos, mortes e humilhações, evidenciando a política de internamento e desagregação, vigente no pensamento médico desde o século XIX até os dias atuais, como constam dos relatórios de inspeção carcerária realizados pelas autoridades competentes e relatados pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (2004).

Todos esses aspectos levam à conclusão de que, à guisa de uma política antimanicominal, as políticas criminais brasileiras têm na medida de segurança um procedimento indeterminado, aplicado com o objetivo de prevenir a sociedade da convivência com o portador de transtorno mental que cometeu um ilícito penal.

## **2. A ALIENAÇÃO MENTAL E O SUJEITO DA LOUCURA**

A abordagem da normalidade no aspecto do direito penal, abrange a correlação entre a responsabilidade e o diagnóstico do laudo pericial e, para isso, há de se estabelecer como parâmetro a simples condição de realização de condutas que possam estabelecer atos de pleno discernimento, mesmo que esses atos representem, frente à sociedade e ao próprio direito penal, um caráter antissocial. Nesse aspecto, a normalidade mental pode ser determinada pela razão e pelo livre arbítrio.

Razão e livre arbítrio, portanto, podem ser considerados, dentro de uma amplitude de aspectos, os limites entre o normal e o patológico, mas o que se deve buscar é que, nessa amplitude, há de se estabelecer a observância dos limites estabelecidos pela legislação penal, com a definição de condutas, a contribuição de fatores sociais e culturais para a caracterização dessa normalidade mental.

A maneira mais utilizada, nos padrões de decisão para a imposição, manutenção e cessação da medida de segurança, é a análise das condições de adaptabilidade ao meio social, situações de estresse e além das limitações físicas, as enfermidades e os sinais voltados a esses problemas, aliados com aqueles de origem biológica ou psicológica podem estar segundo Bittar (2015) associados à anormalidade mental.

Mas o que se pretende buscar não são as razões da inserção dos indivíduos nos problemas entre sua adaptação social e as mazelas psicossociais que carregam consigo, o que se pretende é entender o processo do significado entre a alienação e a doença mental. Esse processo está vinculado à criação de um novo modelo de homem moderno que Foucault (2012) acredita estar relacionado com o resultado de agenciamentos de poder, das relações saber/poder e das práticas de poder que refletem na constituição dos sujeitos.

Para ele essa nova noção de sujeito, sob um novo modelo de sujeito moderno, se pauta na perspectiva de que o indivíduo se concretiza na

consolidação do sujeito do conhecimento cartesiano, tendo na racionalidade científica o método que chamou de cartesiano.

É preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. É isso que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história (FOUCAULT, 2012, p. 43).

Mais do que ter a noção de sujeito, seria necessário pensar nessa constituição pautada em princípios de causalidade e previsibilidade, nos quais a racionalidade enseja o surgimento do sujeito da razão e a loucura, a contrário senso, é o sujeito da desrazão. Importante trazer essa análise de razão e desrazão – loucura e normalidade – para que se permita o entendimento do funcionamento da organização social e que a forma como ela lida com a loucura, como fenômeno social e humano, é forjada.

É em função desse resultado, muitas vezes distorcido, da concepção que qualquer pessoa deve ter diante da relação entre razão e desrazão e sua analogia entre o reconhecimento do normal e do anormal sob a perspectiva da norma jurídica e essa relação de normalidade, ou não, deve ser analisada sob a perspectiva da norma jurídica.

## **2.1 O Normal e a Norma Jurídica**

A produção do normal e do anormal viabiliza sua análise conceitual a partir de dois aspectos: reconhecer o normal como o contrário do anormal, sem ponto de conexão; ou reconhecer normal e anormal como elementos que estão sob a mesma faceta.

Preocupado em buscar e manter a regularidade de suas ações o indivíduo utiliza padrões, critérios valorativos que possam pautar o ser humano como normal ou patológico. Marquezan (2009) afirma que o anormal está na norma, é previsto nela, julgado e encaminhado por ela, com desdobramentos em tipos e subtipos. O normal e o anormal são constituídos pelas mesmas

regras, pelos mesmos dispositivos, por normas explícitas, visíveis, leis sempre acordadas pelos grupos a que se destinam.

É em relação a uma medida considerada válida e desejável –e, portanto, em relação a uma norma – que há excesso ou falta. Definir anormal por meio do que é de mais ou de menos é reconhecer o caráter normativo do estado dito normal. Esse estado normal ou fisiológico deixa de ser apenas uma disposição detectável e explicável como um fato, para ser a manifestação de apego a algum valor (CANGUILHEM, 2000, p. 38).

Nesse sentido, a medida da norma é quem define o que está fora dela como figura desviante e, em outro aspecto, permite-se pensar o anormal como ponto de conexão convivendo com a normalidade.

Uma norma jurídica, segundo Canguilhem (2000), é resultado de sua inserção na ordem, no sistema hierarquizado de normas. Há que se mencionar que a maioria das normas não está escrita e sim integrante das regras estipuladas por um grupo social.

Para o mesmo autor, a norma é individual, permite a adaptação de um ser ao meio social e como cada ser tem sua própria concepção acerca da normalidade, a norma traria várias possibilidades de variação de comportamento ou de entendimento. A norma, sob esse entendimento, não é definida por uma lei natural, atemporal e fora de contexto, mas a partir da trama de definições de regramento e coerções, capaz de exercer influência nas relações. O que define a norma, portanto, são dispositivos por meio dos quais os exercícios de poder se mostram legitimados, onde a ideia de normalidade vai sendo construída.

Desta forma, a diferença entre o normal e o anormal estaria pautada em uma relação de inversão e não numa relação de contradição, ou seja, a norma é construída na cultura, da mesma forma que a anormalidade.

Nesse diapasão, Foucault (1991) emerge com o entendimento do louco considerando-o anormal, se tornando evidente com o movimento de exclusão na Idade Média:

A divisão constante do normal e do anormal, a que todo indivíduo é submetido, leva até nós, e aplicando-os a objetos totalmente diversos, a marcação binária e o exílio dos leprosos; a existência de todo um conjunto de técnicas e de instituições que assumem como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais faz funcionar os dispositivos disciplinares que o medo da peste chamava. Todos os mecanismos de poder que, ainda em nossos dias, são dispostos em torno do anormal, para marcá-lo como para modificá-lo, compõem essas duas formas que longinquamente derivam. (FOUCAULT, 1991, p. 165).

Esse texto permite a concepção da discussão existente entre a divisão do que poderia ser considerado normal ou anormal nesse período, permitindo a conclusão de que a norma é o elemento que circula entre o ato de disciplinar e o ato de regulamentar, tendo como escopo o papel de controlar e disciplinar o corpo dos indivíduos e os acontecimentos de uma sociedade, conhecido no século XVIII, como poder capaz de exercer vigilância de forma a garantir a normalidade, justamente por trazer o discurso da regra.

Até o século XVIII os conceitos de norma e anormalidade tinham predominância no campo de dois saberes, o da filosofia e da medicina, mas a partir da Revolução Francesa os conceitos de saúde e norma foram modificados em virtude do surgimento da nova ordem capitalista, que foi quem permitiu a adoção de uma nova postura normativa, uma vez que a Revolução Francesa inseriu a industrialização e a complexificação do trabalho como referências de norma e padrões de comportamento, pois a saúde individual passou a ser indispensável ao bom funcionamento do que Foucault (2002) chamou de engrenagem social.

Desta feita, todas as instituições e locais de exclusão passaram a ser normatizados, disciplinados por uma regularização taxada como normal/anormal. Ainda para Foucault, a categoria formada pelos anormais deve ter endereço fora do olhar, fora do convívio, onde o poder médico é quem detém o controle do anormal, tanto de controle do crime como do tratamento da doença.

Essas relações devem ser associadas, segundo Foucault (2002), ao campo dos saberes, representado pela ciência, como a medicina e a Psiquiatria, que se tornaram evidentes na Revolução Industrial, marcada pela

medicalização da sociedade, onde a medicina em tudo intervém e começa a não ter fronteiras. Foi essa Revolução que permitiu a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos por meio de técnicas de normalização que instituem e impõem exigências de ordem social como critérios de normalidade, considerando anormal toda realidade hostil ou diferente.

Ao abordar a relação da medicina com as formas de poder que lastreiam o sujeito, Foucault mostra de que forma as práticas sociais podem constituir domínios de saber, da individualidade do homem como indivíduo normal ou anormal, dentro ou fora da regra, a partir de práticas sociais do controle, vigilância, bem como se há um elo de ligação entre a formação e estabilização da sociedade.

Foucault (2001) inicia uma análise da anormalidade a partir da Psiquiatria, a partir de exames psiquiátricos nos processos judiciais. Para ele, a Psiquiatria está relacionada a anormalidade sob o pressuposto do exame jurídico, onde o indivíduo não será julgado somente pelo cometimento do crime e sim pela anormalidade considerada como causa para o cometimento do crime.

O que se percebe é que a psiquiatria permanece fiel ao ideal médico que tem no tratamento terapêutico uma saída para esses casos, de forma que o anormal será objeto de um saber de adaptação, de reinserção nas regras transgredidas. É por essa razão que a punição se relaciona com a cura, o que Foucault (1991) chama de poder de normalização.

Sob esse mesmo aspecto, no final do século XIX a psiquiatria começa a se interessar pelas minúcias do cotidiano, lançando seu olhar a todos os aspectos que possam ser considerados como anormal. Para tanto, Foucault (1991) toma a norma como regra de conduta a partir da ancoragem na medicina somática, tomando o normal como regularidade funcional e se o campo da psiquiatria passa a ser anormalidade, se entenderá por cura a readaptação às normas.

A partir desse entendimento, a figura do médico ficou relacionada ao mestre da loucura e protetor da ordem social e para Silva (2008) caberia o poder em maior ou menor grau de acordo com a época e o contexto sobre a vida do doente.

Foucault (2001) acredita que a normalização do indivíduo não é privilégio da Psiquiatria, porque para ele as relações de poder na sociedade são marcadas pela vigilância, controle e correção e com base nisso usa o *panopticon* como meio disciplinar e não como forma de exclusão, pois o objetivo principal é adequar o indivíduo a uma norma de forma a integrá-lo em um esquema de normalização produzindo ao mesmo tempo o normal, a disciplina produz o anormal.

Aspectos de normalidade e anormalidade são, na contemporaneidade, considerados como dispositivos de saúde mental que devem funcionar sob uma nova perspectiva da Psiquiatria, onde o controle pode ser conferido de forma sutil desde espaços institucionais, como a partir da própria subjetividade do usuário. A partir da possibilidade de se permitir a existência de um tratamento extramuros, é que a Psiquiatria tem ganhado espaço na medicina no sentido de conferir aos portadores de transtornos mentais, objetivamente definidos e universalmente observáveis, a possibilidade de tratamento tão somente com o uso de medicamentos e acompanhamento não asilar.

É justamente nesse sentido que Rauter e Peixoto (2009), conferem ao portador de transtorno antissocial (TAS)<sup>26</sup> a condição de incurável por meio de meios psicoterápicos tradicionais, conferindo a esse tipo de moléstia a condição de internação para submissão de tratamento.

Para eles esse diagnóstico é, geralmente, apresentado por pessoas que possuem tendência à prática de delitos, o que justifica a submissão a

---

<sup>26</sup> Patologia que consiste no cometimento de desobediências e rebeldias e seus sintomas tem início na infância, associados ao fracasso escolar ou ao questionamento de autoridades, prolongando-se por toda a vida, através de uma série de comportamentos oposicionistas no trabalho e na família.

tratamento asilar, ou seja, que o tratamento seja dispensado na modalidade internação e, no caso do condenado por cometimento de crime sua submissão à medida de segurança.

Ainda sob a concepção de Rauter e Peixoto (2009) as características criadas a partir de múltiplos modos de existir e de subjetividades singulares, são pautadas nos dispositivos de controle, numa relação de saber-poder, marcado por seu caráter global e abrangente, onde a intervenção farmacológica deixa de atingir somente o louco, passando a abranger também o “normal”.

Partindo do pressuposto de que a anormalidade deve ser tratada mediante a internação em instituição asilar, cada um que ingressa nesse modelo de instituição obterá a moldura da lógica que ali circula, mas que, por outro lado, já pode ingressar “pré-moldado” diante da concepção do meio social.

A Psiquiatria nesse contexto, campo do conhecimento que espelha o saber-poder, opera a categorização do negativo a partir das singularidades das experiências subjetivas. Ocorre, que esse poder está dissolvido nas experiências cotidianas e o saber se mistura com a necessidade de disciplinar condutas que modulam as subjetividades, por meio do controle social.

O que se percebe nesse cenário, é que a Psiquiatria é um saber fundamentalmente classificatório, no entender de Cheniaux (2005), que diante do objetivo de universalidade, vêm elaborando classificações descritivas para estruturar a realidade.

Para Foucault (2005) a Psiquiatria é instância de delimitação, com atuação no campo de racionalização, códigos e teorias, com atuação através do conjunto de práticas e saberes sobre o corpo da loucura, regulamentada pela corporação dos indivíduos que compõem o corpo médico como saber legitimado e reconhecido pela sociedade, pela justiça e pelo Estado. No campo jurídico, Foucault (2005) legitimou a alienação mental, diante da irresponsabilidade do louco infrator, a partir de conceitos penais como crime

passional e periculosidade, que ensejam a atuação dessas instâncias de delimitação. É nesse sentido, que as condutas transgressoras se tornaram objetos do saber diante das especificações psiquiátricas e das categorias penais obtidas por meio de interrogatórios, pesquisa de antecedentes históricos e biográficos presentes nos questionários médicos e exames clínicos.

## **2.2 A prática asilar e a instituição do poder na persecução da cura**

Modelos asilares utilizados por Pinel, Esquirol e Morel serviram de instrumentos para utilizar o espaço como meio de conferir poder ao alienista, seja pela sua estrutura arquitetônica ou pelas composições sonoras que lá operavam diariamente. Foi esse poder, instrumentalizado por meio da Psiquiatria, que o fim do asilo não permitiu sua aniquilação, uma vez que as práticas asilares continuam a ocorrer nos espaços extramuros.

Como prática asilar, em se tratando dos loucos infratores, percebe-se que as instituições prisionais proporcionam a modelagem desses corpos, por meio de discursos, teorias e práticas dos especialistas em saúde mental, que representam centros de poder, produtores de corpo-objetos.

Essas instituições prisionais, que, frise-se, não deveriam possuir essa conotação por se tratar de um local em que, perante a legislação brasileira, deveria prestar assistência psiquiátrica ao louco infrator, adotam o que Foucault (2005) chama de poder disciplinar, permitindo a constituição do indivíduo através da tecnologia do poder disciplinar, perfeitamente visível pela descrição de Bentham no panótipo<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> O panótipo é um modelo utilitarista proposto por Jeremy Bentham, filósofo inglês que juntamente com James Mill e John Stuart Mill, concebeu a doutrina Utilitarista. O panótipo, sob esse aspecto, é definido como um dispositivo de vigilância, que possui um modelo arquitetônico aplicável aos mais diversos tipos de instituições como prisões, hospitais, hospícios e, até mesmo, nas escolas. Seu projeto arquitetônico é caracterizado por uma estrutura circular, que no centro, está localizada uma torre, onde fica o vigilante, e, à sua volta, as celas em perfeito alinhamento. Cada cela possui uma janela que permite a entrada de ar e

Pautado nessa ideia, de disciplinarização dos corpos, é que Foucault (2005) passa a se preocupar com a força física, desequilibrada e irregular, que violentava os corpos, vendo nela a possibilidade de obstruir a compreensão das relações de poder que caracterizam a Psiquiatria. Sob essa visão, o poder, da mesma forma que a violência, tem no corpo o objeto que não responde a forças irracionais e confusas.

Nesse momento, não se tem mais a instituição como um ente articulador, como foi em *A História da Loucura*, e a Psiquiatria só poderia ser compreendida se houvesse a substituição de alguns conceitos, como o conceito de família, geralmente utilizado como referência ao modelo asilar, que não deveria haver, uma vez que o poder psiquiátrico não poderia ser compreendido como referência aos vínculos patriarcais.

É a partir da Psiquiatria que Foucault (2005), especificamente nas últimas décadas do século XIX, que o corpo humano deixa de ser estudado e analisado a partir do estudo de órgãos e tecidos, passou a ter outras funções precisas, classificando o indivíduo como seres portadores de comportamentos desejáveis. Inicia-se assim, a descoberta do corpo neurológico e seu tratamento na área da medicina e da Psiquiatria, já que o comportamento também está relacionado a essas duas áreas da ciência.

O fracasso da visão da loucura está relacionada diretamente como sintoma médico geral, que passa, no final do século XIX, a reconhecer que, independentemente desse fato, a utilização do interrogatório, da hipnose e do uso das drogas, continuam sendo o tratamento dispensado nos espaços asilares representando, dessa forma, o poder psiquiátrico. Foucault, então, começa a falar de um diagnóstico absoluto da Psiquiatria em virtude de um diagnóstico da medicina clínica.

---

luz, mas que impedem os prisioneiros de verem o mundo exterior. Para o interior, há uma porta, totalmente gradeada, que permite a entrada de ar e luz até o centro. Segue o princípio da inspeção, que está diretamente relacionado ao escopo basilar de uma instituição, por meio do monitoramento e da verificação de determinados tipos de grupos de indivíduos, cujo objetivo a ser alcançado é aquele padrão preliminarmente fixado.

A psiquiatria é uma medicina em que o corpo está ausente. Sua preocupação não é inicialmente a de saber se tal comportamento, tal maneira de falar, tal categoria de alucinação se refere a esta ou a aquela lesão, o problema é saber se dizer determinada coisa, escutar vozes, conduzir-se de determinado modo caracteriza ou não a loucura. (FOUCAULT 2005, p. 42).

É nesse ponto que o grande questionamento dos dias atuais chega em seu ápice. De que forma, então, essa ciência pode provar que atitudes como as citadas por Foucault podem indicar que um indivíduo é portador de uma doença mental e, com isso, diante do cometimento de um crime, ser submetida a medida de segurança?

Apesar desses questionamentos não serem o objetivo deste trabalho, é importante que, pelo menos, se conheçam os mecanismos utilizados pela Psiquiatria para reconhecer a existência de determinadas lesões e que essas lesões possam ser explicadas a partir das condutas desses indivíduos. Condutas essas que consideram seus hábitos, seu histórico familiar e, principalmente, sua história de vida.

É nesse momento que se explica a utilização do interrogatório, como base para nortear o histórico de vida do infrator, de sua vida pregressa, sua vida social e as circunstâncias em que o fato ocorreu. É nessa ocasião, pelo menos, em que a caracterização do poder disciplinar é mais evidente, haja vista a atribuição de uma identidade ao indivíduo, ligada ao passado, que possa atribuir uma prova da existência da loucura a esse indivíduo.

Ainda nessa esteira, a do interrogatório, a loucura tenta ser explicada a partir do alongamento do corpo e não por doenças hereditárias:

Na medida em que não se pode ou não se sabe encontrar no corpo do doente um substrato orgânico para sua doença, se trata de encontrar no nível da família certo número de eventos patológicos tais que, embora sejam de outra natureza (se seu pai era apoplético ou se mãe tinha reumatismo ou se tem ou não um primo idiota) referem-se à existência de um substrato material patológico. (FOUCAULT 2005, p. 32)

É o interrogatório que permite a verificação dos aspectos históricos familiares e, também, a relação das doenças existentes na família e que, possivelmente, poderiam ser herdadas pelo indivíduo. Nesse campo, a

Psiquiatria, se valendo desse interrogatório, procura descobrir nas condutas passadas, relatos de comportamentos ou reações anormais que possam, de alguma forma, repercutir nas atitudes do indivíduo interrogado.

A partir desse ponto, esclarecido os vínculos com o passado, os profissionais da área da saúde mental consideram que os fenômenos considerados psicopatológicos, apresentados pelos indivíduos, estão fora da normalidade e necessitam de intervenção.

Para Foucault (2005), a função do interrogatório, é de, além de estabelecer o cruzamento entre subjetividade e responsabilidade, permitir que o portador de doença mental reviva a doença, trazendo aspectos relacionados ao fato, no momento do interrogatório, para que esse doente manifeste as reações, para então, o psiquiatra visualizar os sintomas. *Você pode ser libertado de toda a responsabilidade jurídica ou moral desde que reconheça e desde que assuma que essas ações são sintomas incontroláveis de uma doença que o possui e o domina.* (FOUCAULT 2005, p. 34).

É por meio da técnica do interrogatório que se permite delinear a lógica do poder, que atribui identidade, diferencia o normal do anormal, até que se atribui a loucura, propriamente dita. O interrogatório permite que o doente, seja reconhecidamente o louco, mas, por outro lado, permite o próprio reconhecimento do saber psiquiátrico. Essa intervenção, geralmente, feita por esses profissionais, denotam a impossibilidade de cura a esses transtornos, que se limitam a controlar os sintomas e fazer com que cada indivíduo aprenda a conviver com sua doença pelo resto de suas vidas.

Note-se, especialmente diante do caso que se estuda, que os internos do HCTP, não participam dos procedimentos, o que evidencia o distanciamento entre os profissionais e os internos, onde a relação estabelecida entre si é marcada pela hierarquia, que não considera a opinião ou a sugestão dos internos, que, por sua vez, passam longos períodos institucionalizados, entregues às práticas e aos saberes profissionais.

O ingresso desses indivíduos em instituições de doentes mentais se constrói de forma avassaladora, em que a frustração das expectativas de ajuda aos problemas que enfrentam faz com que percorram uma verdadeira “via crucis” entre visitas a profissionais da área da saúde e às perícias, como ocorre com o portador de doença mental ao ingressar no HCTP, que não possui no seu quadro de profissionais um médico psiquiatra em suas dependências para acompanhar o dia-a-dia dos internados.

Tais atendimentos, que em sua maioria ocorrem quando surgem as crises, os surtos, se dão, pelo que, esses especialistas, chamam de bate e volta, produzindo efeitos de assujeitamento e distanciamento entre o indivíduo e o profissional. Para Foucault, a construção da sociedade moderna é investida de estratégias de poder, nas quais a moral, uma vez que se fala da loucura, deve ser normalizada pelo processo de cura, intermediado por um processo terapêutico voltado para a sensibilidade, à moralidade.

Entretanto, a Psiquiatria, que utiliza estratégias como a do interrogatório, mostra a atuação do médico psiquiatra com excesso de poder, permitindo o entendimento do chamado, biopoder. É esse excesso de poder que evidencia, ainda, a atuação do antigo poder soberano, exercido sobre esses corpos ausentes, cujo processo de cura está vinculado, diretamente, à restituição de valores morais marcados pelo saber-poder exercido pelo médico psiquiatra.

A ideia de pautar o exercício do poder foucaultiano no núcleo do saber-poder e no poder disciplinar é de que ambos são produtores de conhecimento, que optam por mecanismos específicos que vão além das regras do direito delimitadoras do poder, estudando a intensidade em que a externalidade do poder é estabelecida e permitindo a identificação do desejo de objetivação. Parte do pressuposto de que a análise do tema deve romper com as teorias jurídicas do poder, considerando algo positivo, já que é exercido sobre indivíduos livres, contribuindo para sua formação individual.

Os instrumentos utilizados pela Psiquiatria, por outro lado, não se limitam somente a instituições fechadas, elas persistem em centros de atenção psicossocial todas as vezes que a intervenção terapêutica se limita à reiteração das estratégias de poder do século XIX, limitadas ao uso do interrogatório e o uso de drogas.

Um exemplo claro dessa situação fora do ambiente asilar, é notado a partir da inaplicabilidade do preceito da lei antimanicomial, introduzido pela Lei 10.216/2001, que determina o tratamento terapêutico em centros psiquiátricos de referência, mostrando a necessidade de descentralizar essas antigas formas de poder, mas que, ainda se utilizam de drogas para controlar e dominar os delírios. Essa dominação ocorre, mediante a utilização de medicamentos, isolamento que levam à modelagem de hábitos e condutas, que por dominarem os pensamentos desses corpos ausentes, minimizam, de certa forma, o risco de violência.

O biopoder se soma, de certo modo, à disciplina de forma que permita a complementação de práticas para a realização de atividades de individualização, na qual seu objetivo está relacionado ao conjunto constituído pela espécie humana e por seus fenômenos sociais, que consideram fenômenos coletivos que assegurem a manutenção do corpo social. Seria, portanto, uma forma instrumental para a análise das anomalias.

Para Foucault (2013), o poder tem um viés econômico, político, judiciário e epistemológico. O poder epistemológico deriva da vigilância e do exercício das outras formas de poder, extraindo dos indivíduos e de suas relações um saber que será utilizado pelo próprio poder. Nessa realidade o homem passa a ser sujeito de direito como um sujeito, de interesses depurados e calculados, contratualizados (FOUCAULT, 2008).

Essa contratualização, existente nas relações da sociedade civil representa o papel espontâneo de um pacto social. Entretanto, não há uma subjugação, uma renúncia a certos direitos e aceitação de soberania. O poder surge espontaneamente a partir de diferenças espontâneas, com divisões de

trabalho, de produção e sobre as decisões dos processos. As decisões são tomadas em conjunto pelo grupo, com algumas opiniões, algumas ordens, até que um grupo mais seletivo assume a supremacia e o outro aceita essa supremacia. O Direito surge depois que o poder já está instaurado, e só posteriormente, após muitos erros, os homens decidem sujeitar o poder às regras e é nesse aspecto que se mostra a importância de verificar o respaldo histórico do indivíduo como sujeito.

### **2.3 A transformação dos seres humanos como sujeito**

A construção da identidade do indivíduo sob uma perspectiva histórica, trazida por Foucault (2009), permite concluir que o indivíduo é o produto do resultado de uma nova forma de poder constituído, não mais centrado unicamente no Estado, mas em sua figura articulada, pela materialização de práticas, saberes e instituições. É o que denominou de disciplina ou de poder disciplinar, estabelecendo como foco principal o problema da subjetividade e da verdade, mostrando como o sujeito se constituía, a partir dos jogos de verdade e das relações entre as diferentes formas de sujeito e das práticas de poder.

Ainda para o autor, o sujeito é resultado da forma, produto de interferências entre as diversas formas de sujeito relacionados entre si e com os outros, de maneira que esse resultado foi obtido pelo entendimento de que o sujeito é fruto do assujeitamento de uma relação de poder que o sujeita e o subjulga, sendo, portanto, resultado de uma operação de assujeitamento a um dispositivo. Toma a essência do sujeito como parâmetro central, de onde se permitiria a construção de outros conceitos.

A atuação do homem como indivíduo, ser pensante, como resultado da permissibilidade de pensamento, de autorreflexão e do livre arbítrio propriamente dito, enseja o cumprimento de direitos e obrigações, onde esta última é fruto de uma relação jurídica entre os seres humanos o que é objeto do Direito, cujo dever de proteção é inerente a essas relações, oferecendo de

um lado penalidades àqueles que descumprem as ordens jurídicas. Nessa esfera de pensamento, haveria de ter a distinção entre o objeto e o sujeito de direito.

Essa relação objeto e sujeito de direito trazida por Bonfim (2003), tem o Estado como garantidor desses direitos e liberdades, entretanto a visão do homem como sujeito de direitos é modificada, uma vez que em razão de sua condição especial, a de ser pensante, dotado de razão, a figura do Estado tem na personalidade jurídica uma atribuição do poder, onde o Estado empresta ao homem a autoridade. É a modificação estrutural trazida pela nova concepção, onde o homem por ser sujeito de direito é titular de Direito e quando não se está em relação ao Direito, não é sujeito de direito.

Esclarecendo essa relação:

Num conhecimento dirigido às normas jurídicas não são tomadas em consideração - nunca é demais acentuar isto - os indivíduos como tais, mas apenas as ações e omissões dos mesmos, pela ordem jurídica determinadas, que formam o conteúdo das normas jurídicas. (KELSEN, 1998. p. 118).

Concepções pautadas na ideia moderna, onde homem diante de suas características específicas, como liberdade e racionalidade, perdem essa condição vinculada ao ser pensante, racional, passando a ser produto da atribuição do ordenamento jurídico, onde tudo o que não for racional passa a ser visto como objeto. E assim, é que nada, além do ser racional pode ser considerado como sujeito de direito.

É nesse contexto, que o homem louco, aquele portador de doença ou transtorno mental, é considerado não como sujeito de direitos, mas sim como objeto, objeto de expiação em que é colocado à margem de maneira que seja alijado do convívio social, evitando, dessa forma, maiores problemas com seu comportamento e a relação estabelecida pela sociedade.

Sob esse turbilhão de conceitos e de parâmetros para a construção do sujeito, a imposição do exercício do poder é uma forma de controle desenvolvido sob um contínuo processo de imposição de normas, da normatização dos corpos dos indivíduos modelados para se tornarem

produtivos. A normatização está pautada na técnica do confinamento, estratégia utilizada pelo poder disciplinar, cujo principal objetivo é fabricar indivíduos eficientes e produtivos. Essa produtividade e eficiência é o que determina o funcionamento do sistema de exclusão ou a própria produção, seja no seio da família, escola, trabalho, hospital e, de forma precária, na prisão onde todos esses locais possuem suas próprias leis, sendo esse último o recanto resumido em um meio de confinamento propriamente dito.

A articulação entre a sistematização e a terapêutica é a base legítima de funcionamento do hospício, haja vista que o isolamento é fator fundamental para a acumulação reflexiva de conhecimento acerca da loucura, pois além de servir de justificativa para tal isolamento, justifica a aplicação terapêutica e técnica, já que o afastamento do mundo exterior serviria como base para intervenção na doença e a busca da cura.

Experiências individuais e coletivas ensejam resultados de fatos sociais, que no caso do presente estudo, têm na doença mental o amparo para explicar de forma científica a necessidade da reorganização institucional, da criação do hospício, demonstrando que as instituições são fruto das interações sociais e não do conhecimento ou das descobertas científicas. É o que concluiu Foucault (2004a) a partir de sua obra *História da Loucura na Idade Clássica*.

Há portanto, a necessidade de se firmar o entendimento de que por mais que o indivíduo seja portador de doença mental, o transtorno não tem por si só o condão de exclusão, seja por possuir capacidade inferior ou superior àquele definido como comum, justamente pelas diferenças apresentadas, em sua personalidade e capacidade de entendimento, serem inerentes à dignidade da pessoa humana, manifestados tanto pela razão quanto pela desrazão.

A loucura, como sinônimo de erro, é fruto da atuação da medicina a partir do momento que toma para si o conceito de alienação, seria a explicação de que o erro não teria qualquer relação com algo sobrenatural, estranho à razão, mas resultado da desordenação da razão. Essa desordenação, desrazão, permite o entendimento da alienação como um distúrbio das paixões humanas que impossibilita o sujeito de partilhar o meio social, que ocorre não

somente em virtude da divisão de bens, ideias ou sentimentos, mas de toda a realidade que o circunda, já que o alienado é aquele ser que está fora de si.

Essa alienação, como forma de relação entre o sujeito e a sociedade, tem na ciência sua fundamentação, definida por Philippe Pinel<sup>28</sup> como alienação. Acreditava que a alienação possuía duas origens: a hereditária e a originária, a primeira seria, obviamente aquela que era herdada, e a segunda seria o resultado de uma educação corrompida sobre a razão que acabava resultando na desrazão. É, portanto, que a loucura é considerada, ao mesmo tempo, excesso e desvio, na qual a modificação depende da correção de costumes, através da modificação dos comportamentos. A base do tratamento oferecido, por sua teoria, seria o de respeito ao sentimento dos loucos e do da mínima intervenção, onde neste o louco pudesse ter seus acessos de crise sem qualquer intervenção, necessária somente diante da ameaça a sua integridade física e a dos outros. Outro aspecto importante trazido no tratamento sugerido por Pinel é da destruição dos pensamentos/ideias delirantes, por entender que eram eles quem comprometiam a função do entendimento, que consistia em atarefar o doente pelo trabalho ou por atividades lúdicas, como a leitura e as atividades musicais. Era o tratamento moral.

Foi justamente com base nesse entendimento de alienação e na necessidade da manutenção desses doentes nos hospícios, que houve a necessidade de entender o caráter da internação como medida de tratamento, pois já que a alienação é tida como um distúrbio, o tratamento deve ser dispensado de tal forma que deve-se reeducar, por intermédio de um

---

<sup>28</sup> Pautado nos ideais revolucionários franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, foi responsável pela preconização do tratamento moral para os alienados e por ter desacorrentado os loucos em Paris. Sua prática médica foi exercida durante os anos em que chefiou os hospitais em Bicêtre e La Salpêtrière na França, aliada a sua profunda reflexão sobre a alienação mental, concorreram para inaugurar a Escola dos Alienistas Franceses. Considerava que o conhecimento era um processo cuja base era a observação empírica dos fenômenos que construíam a realidade, devendo ser agrupados e classificados em função de suas analogias e de suas diferenças, para que pudessem constituir classes, gêneros e espécies, com o principal objetivo de evitar introduzir sua própria subjetividade.

Sua principal e marcante obra foi Tratado médico-filosófico da alienação mental (1801), que é uma abordagem da loucura recorrendo ao espírito de ordem e de pesquisa que reina em todas partes da história natural.

tratamento moral, aquele portador de transtorno mental. E é o que de certa forma se observa até os dias atuais, com a manutenção dos portadores de transtorno mental internados em hospitais de custódia, em razão do cometimento de um ilícito penal.

O que se tem hoje nos debates entre a concepção de manter internados os portadores de transtorno mental que cometeram infrações penais ou devolvê-los à sociedade, sob responsabilidade de sua família, é justamente, o fato de que a internação se faz necessária sob a concepção de um tratamento terapêutico, capaz de reaver a razão por intermédio de práticas pedagógica-disciplinares e então de tornar-se sujeito de direitos e deveres, um cidadão. O grande ponto da internação e do não exercício dos direitos inerentes ao cidadão, é o fato de que um alienado está temporariamente excluído do exercício da cidadania, não como uma violência a um direito fundamental, mas sim de que essa exclusão se faz necessária para que possa receber tratamento adequado a sua doença, manifestando essa internação em um verdadeiro processo de inclusão.

Óbvio que o que se observa da prática adotada nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos, ainda em funcionamento no país, especialmente no estado do Pará, é que esse processo de inclusão não ocorre. A institucionalização da loucura, reforça a ideia de segregação e de que o mundo correcional, pressuposto para a aplicação da disciplina, permite o retorno à razão, onde o indivíduo excluído do pacto social torna-se objeto do alienismo.

Toda essa construção de saber, aplicação da ciência médica à jurídica evolui e diante das transformações, permitiu que as diversas formas de saber-poder destinassem novos rumos à análise da loucura, tomando como ponto de partida o estudo das formas de instituições, formas de sociabilidade, trabalho e de sensibilidade para a produção do conhecimento, buscando a compreensão de momentos histórico sociais para o entendimento de novos olhares sobre o homem. É nesse aspecto que se pauta a análise genealógica de Foucault.

Foucault (1995b) traz no estudo do sujeito como louco, saberes que vão desde o saber psiquiátrico rotulando o indivíduo quando realiza a categorização de sua individualidade, ligado a uma identidade que deve ser reconhecida como verdade tanto pela sociedade quanto pelo próprio indivíduo.

### 2.3.1 O indivíduo como sujeito, a subjetividade e o Poder

Pensar o homem como ser imutável, autossuficiente e dotado de razão, já não é mais o ideal para aplicar à concepção do homem moderno, propondo outros sentidos à noção de subjetividade. Assim, Foucault (1995b) procedeu à análise genealógica para estudar a produção do sujeito, permitindo que a partir de uma gama de conhecimentos, de fatores históricos, culturais e políticos, pautados na razão permitam que a subjetividade seja manifestada, onde a razão faz o papel de fio condutor que proporciona a uma continuidade entre o mundo interior, o mundo e a consciência racional. O que gera para cada indivíduo, uma identidade específica.

Para o autor, a subjetividade é resultado das redes da história, nunca considerando o indivíduo como ser individual e sim coletivo, pautada em registros coletivos de cultura e da sociedade, à guisa de mecanismos que definem o modo de existência regulados pelas leis. Essa subjetividade produzida forja modos de existência que modelam os diversos modos de sentir e pensar desses indivíduos.

Considerando a subjetividade como produto da interação entre os indivíduos, o meio social e cultural, os processos de subjetivação dos dispositivos políticos de poder têm a função de definir as coordenadas que se infiltram no comportamento dos indivíduos fazendo com que suas funções e capacidades sejam utilizadas, a partir de uma neutralização de práticas e discursos.

A partir dessas noções a constituição de uma política da verdade Foucault (1995b) permitiria a construção do conhecimento o que implica dizer a

inexistência de um indivíduo absoluto e permite a compreensão legitimada do método de produção de conhecimento, onde os discursos científicos vão ser produzidos.

A submissão dos seres humanos em isolamentos foi uma estratégia específica para a elaboração do conceito de alienação, já que o louco é resultado do erro, sujeito do erro. Partindo da ideia de que o isolamento é uma forma de retirar o louco, com o objetivo de investigação, de seu mundo caótico, das interferências naturais e levando-o a um ambiente asséptico. A internação, então, sob esse viés, seria a forma mais eficaz de se obter uma resposta, entretanto Foucault (1995b) ao fazer essa comparação, entre a internação e a liberdade, se deparou com um problema epistêmico: o de segregar para conhecer e então tratar. A segregação asilar é imprescindível para que se retire as más influências do meio em que o louco vivia e, para o saber psiquiátrico, a degeneração não é resultado da relação institucional e sim da própria doença mental, essa segregação permitiria a atuação de elementos de poder que proporcionam vigílias e punições com o objetivo de manter o controle e a ordenação social, formando assim o que se denominou de dispositivos.

A vida sob o aspecto asilar é, para o autor, a formulação da evolução histórica dos modelos de coerção, onde ela está pautada em uma constante vigilância que é o que promove a disciplina social, pois esse dispositivo disciplinador intercepta o sujeito e penetra na sua subjetividade, diante de condutas como a obediência, treinamento, exercício que tomam as diretrizes sociais, os indivíduos são organizados, classificados, rotulados, catalogados, reeducados, corrigidos, curados.

O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e reiterar, tem como função maior “adestrar”... “Adestra” as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais – pequenas células separadas, autonomias orgânicas, identidades e continuidades genéticas, segmentos combinatórios. A disciplina “fabrica” indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. (FOUCAULT, 2009, p.164).

A relação desse tratamento com o Panóptico de Jeremy Benthan, consolida o modelo asilar para essa composição disciplinar, justamente por ser

um dispositivo de poder que tudo vê e tudo controla em face da posição privilegiada que possuía. Essa representação combina a permissibilidade da visibilidade total com todas as alas do edifício, de forma que os indivíduos não sabem a forma nem o momento em que estão sendo observados e por essa razão, cumprem com rigor todas as regras disciplinares impostas.

Uma sujeição real nasce mecanicamente de uma relação fictícia. De modo que não é necessário recorrer à força para obrigar o condenado ao bom comportamento, o louco à calma, o operário ao trabalho, o escolar à aplicação, o doente à observância das receitas. Bentham se maravilha de que as instituições panópticas pudessem ser tão leves: fim das grades, fim das correntes, fim das fechaduras pesadas: basta que as separações sejam nítidas e as aberturas bem distribuídas (FOUCAULT, 2009, p. 192).

O cumprimento das regras institucionais como proposto, não viola a integridade física de qualquer dos indivíduos internados, mas atinge o mais importante dos efeitos pretendidos, que é o de penetrar nas subjetividades individuais, assegurando o controle dos indivíduos pelo poder. Na visão dos detentores do poder o importante, é a manutenção da ordem, pelo simples fato de que o sujeito, estando em um estado de alerta permanente, saiba que está sendo vigiado, ainda que não tenha conhecimento se está sendo analisado ou de que forma ocorre essa análise, o que mantém o constante cumprimento da disciplina.

É o que Foucault (1995b) conclui quando atribui significados ao sujeito, ou seja, o indivíduo que é submetido a internação está sujeito ao controle e dependência de outra pessoa, de forma que está aprisionado a sua própria identidade, sempre sujeitando-o a uma situação que deve, de alguma forma, ser considerada como a de conhecer a si mesmo. A possibilidade de conhecimento de si mesmo, da maneira como ocorre, como forma de dominação demonstra a atuação do de uma estrutura política preocupada somente com em atender os anseios e as necessidades da maioria, esquecendo o indivíduo como ser único, com a vicissitudes de suas necessidades pessoais, físicas, hereditárias e culturais.

Esse tratamento dispensado ao louco infrator nas dependências de hospitais de custódia, permite o resultado de um indivíduo com personalidade moldada ao que o Estado, enquanto poder político, dispensa de forma a

conceber o bem estar da sociedade, retirando o problema – o louco infrator – do meio social e o institucionalizando, mediante comportamentos e técnicas pautadas na individualização.

A moldagem desses indivíduos, pautada no exercício do poder, é para Foucault (1995b) a articulação entre dois pontos indispensáveis para a configuração dessa relação, que deverá ser mantido até o final da relação como o sujeito da ação que apresenta reações e efeitos das ações dos detentores do poder.

A narrativa das vivências nos cursos *Collège de France* aborda justamente situações em que o exercício de técnicas de coercitivas são empregadas nos sujeitos internados ou custodiados no sistema penitenciário. Foucault questionava a posição assumida pelo sujeito a partir do ponto de vista da ciência médica e que não era pertinente, a partir de conceitos pré-definidos, analisar a situação de loucura de cada sujeito, onde as práticas eram voltadas à instituição do poder, o que permite a análise da relação entre o sujeito e a verdade.

Essa análise permitiu o entendimento de que o sujeito é resultado do meio e da relação consigo mesmo e todas as influências externas que se misturam com essa ausência de liberdade, aliados à interferência de processos sociais, culturais e econômicos e mais as práticas utilizadas nas instituições, indicam que esse saber-poder, tem o condão de anular toda a verdade científica e terapêutica da medicina quando utilizado de forma a assujeitar o indivíduo.

Assim é que a utilização do louco como objeto de estudo do saber psiquiátrico por Foucault (1995b), não pode ser dissociado dos pontos históricos e das relações deste poder e por isso entende que o doente mental é constituído como sujeito louco em relação de quem assim o declara.

Portanto, a imposição de uma identidade ao louco, como resultado da prática do saber psiquiátrico enseja a ideia de que a cura da loucura é encontrada a partir de sua submissão a um padrão normativo estabelecido pela modernidade. É por meio desse entendimento que o louco aparece tão

somente como resultado da aplicação de padrões estabelecidos em interrogatórios realizados pela prática do saber psiquiátrico.

Dizer que a internação e sua manutenção é cabível, após a emissão de um laudo de periculosidade, que estampa a atuação do saber psiquiátrico, é permitir a aceitação da ausência de políticas públicas, uma vez que o Judiciário tem na ciência médica, o comando para decidir a submissão do sujeito à exclusão, o que gera para o indivíduo a constrição de sua liberdade por mais tempo do que a própria duração da pena cominada ao crime que cometeu.

Mas para que seja entendido o funcionamento dessas práticas de saber e poder há de se estabelecer a composição de diferentes relações envolvidas com o sujeito e o objeto que está sendo estudado e, para isso, é necessário que se estabeleçam linhas a serem seguidas diante dos vários processos que estão em desequilíbrio. Pautado nessas relações de desequilíbrio, é que Foucault fundamenta sua análise no dispositivo, permitindo que cada caso possa ser estudado.

## **2.4 O DISPOSITIVO**

Ponto de apoio principal deste estudo é o que Foucault (1995a) considera como conjunto de linhas de estudo e análise que se desenvolvem a partir de processos que estão sempre em desequilíbrio, afastando-se e se aproximando entre si, permitindo a distinção entre saber e poder. É o que chama de dispositivo.

Parte da análise de que os dispositivos são como engrenagens, que para seu funcionamento são inseparáveis e que a força, como parte da engrenagem, se utiliza de todos os aspectos do dispositivo e para entender o mecanismo de funcionamento de poder e saber, Deleuze (2008) definiu que o poder se resume em um misto de forças que estão subjacentes às formas de saber, sendo o saber a forma e o poder a força.

A concepção de dispositivo ao suscitar variações, deixa evidente que a concepção universal não deve ser considerada, uma vez que o *“universal*

*não explica, pois é ele que deve explicado”* (DELEUZE, 2015, p. 3). O que se extrai é que o sujeito é um ser único, singular, produto de totalização e verificação inerente a um dispositivo e que, justamente, em virtude disso, deve ser considerado ante a multiplicidade de seus pontos.

Estudar o louco infrator, a partir do conceito de dispositivo trazido por Foucault, é permitir que se entenda como ocorre a relação entre o saber psiquiátrico, a aplicação das leis, a leitura do laudo psiquiátrico para a imposição, manutenção e cessação da medida de segurança e, principalmente, da rede existente entre todos esses saberes-poder interligados entre o que se pretende buscar com a internação desse louco infrator.

A multiplicidade de linhas, que parte o autor, para o estudo do dispositivo considera, para fins deste trabalho, toda a rede de saúde mental do Poder Executivo, por meio do Sistema Único de Saúde, tanto no que se refere a legislação pertinente, quanto a disponibilização de atendimento médico-hospitalar na modalidade internação, oferecendo tratamento ambulatorial; do Poder Judiciário com a aplicabilidade das leis e impondo, mantendo ou fazendo cessar a medida de segurança.

Nesse contexto, a aplicação do dispositivo é verificada a partir de práticas, em uma instituição asilar, de imposição e cumprimento de regras, de medicalização e de submissão a interrogatórios, que não consideram situações econômicas, culturais e sociais inerentes ao sujeito, consignando o que Deleuze chamou de misto de saberes e forças.

Importante considerar que a legislação penal vigente determina que a punição cabível ao portador de doença mental, que neste trabalho também é chamado de louco infrator, inimputável, seja retirado da sociedade com o objetivo de receber do Estado tratamento terapêutico adequado à sua incapacidade.

Tem-se na figura do louco infrator o dispositivo criminal, que com a imposição da medida de segurança, enseja a criminalização da loucura, uma vez que a forma como o Brasil, no âmbito de sua legislação penal vigente, trata esse sujeito, é mais rigorosa do que aquele que não apresenta qualquer

transtorno mental. É o caso, por exemplo da progressividade da pena, que não é prevista àquele que cumpre a medida de segurança na modalidade internação, caracterizando, dessa forma, uma espécie de pena de caráter perpétuo, afrontando princípios Constitucionais.

Percebe-se, dessa forma, que o louco infrator não é punido em virtude da infração penal cometida, e sim por ser portador de doença/transtorno mental. Nesse sentido, hipoteticamente considerando a punição de um indivíduo que cometeu um homicídio e que possui todas as circunstâncias pessoais favoráveis, tem sua condenação pautada no mínimo legal do Código Penal Brasileiro<sup>29</sup>, ou seja seis anos. Já a análise do mesmo crime cometido por um portador de transtorno mental, que pautado em um laudo de periculosidade, é submetido a aplicação de medida de segurança deve cumprir, à priori, três anos de medida de segurança.

Esse cumprimento inicial está sujeito, ao final de cada ano, à submissão de uma perícia, que no Estado do Pará, é realizada por um único perito e o agendamento ocorre, na maioria das vezes, para dois ou três anos e após essa longa espera, internado, o indivíduo já assujeitado, moldado nas técnicas de individualização e de poder permanece internado à espera do laudo de cessação de periculosidade que não é emitido, em virtude da doença ainda estar manifestada e não mais pelo potencial que apresentar em cometer o crime.

Pensar o dispositivo sob a perspectiva de Foucault é entender que a partir da internação dos loucos infratores, o exercício de poder utilizado no cumprimento da sanção – internação – exerce a regulação de comportamentos, proporciona vigília e determina punições àqueles que, por qualquer razão, descumprem as regras de convivência, regras de comportamento. A punição é considerada, como resultado do exercício desse

---

<sup>29</sup> Art. 121. Matar alguém:  
Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

poder, a concretização da ordenação, do controle social, exercida sob constante e ininterrupta vigilância.

Esse processo de assujeitamento é marcado pelo dispositivo disciplinador que intercepta o sujeito e penetra na sua subjetividade, porque o sujeito cumpre as regras da instituição, as regras normativas mesmo que os agentes não estejam efetivamente em ação. Obediência, modelo e treinamento são dispositivos, considerados por Foucault (2009) que constituem o poder, são instâncias disciplinadoras e normativas que resultam na organização, catalogação, classificação, rotulação, correção e a cura dos indivíduos, como a escola, hospital, manicômio, prisão.

Nessa situação, o período em que o interno passa nessas instituições é considerado como tempo disciplinar, composto com várias atividades sucessivas que permitem que o interno preencha o tempo de forma produtiva. Sob esse aspecto, entende que *“O poder se articula diretamente sobre o tempo: realiza o controle dele e garante sua utilização”* (FOUCAULT, 2009, p. 154).

Como os dispositivos de poder atuam de forma a controlar o homem atuando em suas subjetividades, fazendo com que o sujeito se amolde, se discipline nos termos do funcionamento dos governos, Agamben acrescenta a natureza e a cultura a esses dispositivos. Compreende, assim:

(...) qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos. Não somente, portanto, as prisões, os manicômios, o Panóptico, as escolas, a confissão, as fábricas, as disciplinas, as medidas jurídicas etc., cuja conexão com o poder é num certo sentido evidente, mas também a caneta, a escritura, a literatura, a agricultura, o cigarro, a navegação, os computadores (...) a própria linguagem, que talvez é o mais antigo dos dispositivos. (AGAMBEN, 2009, p. 40)

Ocorre que a atuação do sujeito segundo esses critérios de comportamento e diante da sua modelagem, acaba permitindo que ele não desenvolva uma nova subjetividade, fazendo nascer, então, um processo de dessubjetivação sobre suas subjetividades individuais, produzindo seres inertes.

Para Foucault a subjetivação ocorrida por meio das normas sociais, é fruto de uma forma de controle que ocorre pela entrega dos corpos e a dessubjetividade, por outro lado, figura como algo que perdeu a consistência no interior da subjetividade, que não deixa, em nenhum momento, de existir, mas está mascarada pela imposição dos dispositivos.

Cumprido ressaltar, que o entendimento que respalda este trabalho, ocorre no mesmo viés do entendimento agambeniano, o qual o dispositivo figura com mais intensidade no desfazimento da subjetividade do que pela subjetivação. É assim que, à medida que o Estado amolda um sujeito a partir da sua loucura, o faz no sentido de que por ter incidido em um tipo penal, o coloca em um processo de dessubjetivação, isto é, de desfazimento de sua identidade.

A partir do estudo desses dispositivos e do resultado das práticas e das técnicas de normalização e padronização este trabalho propõe a análise do sujeito, a partir do estudo de um processo de execução penal, onde o indivíduo foi submetido à medida de segurança, por ser louco infrator, e com a produção de um laudo pericial a concepção da periculosidade está pautada não no possível potencial de cometer crimes e sim, em função de ser portador de transtorno mental.

Inferir o dispositivo – resultado da imposição da medida de segurança – ao portador de transtorno mental é considerar a presunção da periculosidade, sob a constituição de um novo sujeito, que rompe com o eu que o sujeito possuía antes do cometimento do crime.

Após ter delineado conceitos e situações que definem o dispositivo, considerando a transformação dos seres humanos em sujeitos modelados pelo poder estatal é que se firma o entendimento para estudar o caso, objeto deste estudo, e mostrar a concepção de periculosidade para a manutenção da medida de segurança ao louco infrator, presumindo sua periculosidade a partir de laudos periciais, cujos peritos sequer acompanharam o indivíduo.

### **3. A PERICULOSIDADE COMO REQUISITO À MEDIDA DE SEGURANÇA NO DIREITO PENAL BRASILEIRO: A PROBABILIDADE DE DELINQUIR**

As modificações, que trouxeram a imposição de medida de segurança àqueles loucos que cometessem um ilícito penal, inseridas no ordenamento jurídico penal, com o Código de 1940, acompanharam, de certa forma, os avanços da criminologia. A definição de crime volta a ser independente da imputabilidade do infrator e do portador de doença mental, que não deixa de ser criminoso em decorrência de seu estado.

O Código de 1940, como já tratado, não adotou a distinção entre imputabilidade moral e penal, a responsabilidade penal continuava pautada na responsabilidade moral, no livre arbítrio.

A abordagem da doença mental nesse novo código, não foi determinante absoluta da inimputabilidade, no combate ao crime ocorria atuação conjunta do médico e do juiz, face ao critério biopsicológico adotado pela legislação. Na letra da lei, o referido critério, envolve dois aspectos: o crime como momento intelectual relacionado com a capacidade de entendimento e, em outro aspecto, o momento volitivo, diretamente relacionado com a capacidade de determinação.

Para a caracterização de um criminoso como inimputável, basta a ausência de um dos elementos, que segundo Jesus (1999), é a vontade ou entendimento, decorrente de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado.

O critério biopsicológico, defendido por Hungria (1965), avalia a existência do nexo de causalidade entre a patologia do estado mental e o crime, propriamente dito. Pressupõe a inexistência de uma relação, constante e necessária, entre o estado mental do agente e a conduta criminosa por ele praticada.

A irresponsabilização do doente mental deve ser considerada, à luz da natureza psíquica do indivíduo e da natureza do crime, bem como do grau de

evolução da doença ou deficiência mental. Nesse contexto, Hungria e Fragoso (1998) entendem que são as causas biológicas, as únicas causas, trazidas pelo Código de 1940, capazes de suprimir a capacidade de entendimento e de determinação, quando deixa de existir a responsabilidade.

Ao suspeitar da insanidade de alguém, o juiz, se vale da ajuda de um perito, que o auxilia no sentido de avaliar se, à época do crime, havia a supressão do entendimento ou da vontade, em razão da existência de doença mental ou desenvolvimento mental retardado. Cabe, nesse ponto, ao juiz exercer seu livre convencimento.

Moura (1996) defende que a imputabilidade está relacionada com a culpabilidade do delinquente, que, por sua vez, é definida como aspecto subjetivo do delito e que concerne a intenção de delinquir. É, portanto, uma condição para a imposição da pena.

No Código de 1940, de acordo com o artigo 22, isenta de pena o portador de doença mental e por essa razão, é causa excludente de culpabilidade, concluindo que, em que pese existir o crime, o sujeito não é diretamente atingido. Assim, ausente a culpabilidade, o que determina a inimputabilidade de tal sorte que, não há que ser imputada a prática de um fato punível ao sujeito.

Já a responsabilidade penal, está relacionada com as consequências jurídicas existentes a partir da prática de um ato criminoso, é a obrigação de sofrer as penalidades impostas ao agente do fato, e para que isso ocorra, é necessário a existência de imputabilidade.

Nesse aspecto, uma indagação poderia ser levadata, o doente mental isento de culpabilidade, inimputável e irresponsável, estaria fora do alcance das sanções penais? O atual código não vislumbra essa possibilidade, uma vez que o artigo 76 traz a medida de segurança como modalidade de sanção penal.

Art. 76. A aplicação da medida de segurança pressupõe:

I – a prática do fato previsto como crime;

II – a periculosidade do agente.

Como tratado anteriormente, a medida de segurança surgiu no ordenamento pátrio para assegurar que o direito penal exercesse o poder repressivo diante daquele que, mesmo portando uma doença mental ou possuindo desenvolvimento mental incompleto ou retardado, fosse, de certa forma, punido.

A partir da atuação de Lombroso no âmbito do Direito Penal, houve uma reformulação na doutrina, surgindo uma nova lógica da sanção penal, que estava voltada para o biodeterminismo e à existência das leis de causalidade, como defendido por Carrara (1998).

A pena deixou de possuir o caráter punitivo, passando a ter status de defesa social e de prevenção social, de forma que sua duração seria indeterminada, que deveria ser pautada na periculosidade do indivíduo avaliada por meio do exame de sua personalidade.

O crime como produto da ação de fatores endógenos e exógenos sobre a vontade, não necessitaria de medidas aflitivas, mas de medidas de defesa proporcionais ao perigo representado pelo indivíduo e, nesse sentido, Hungria e Fragoso (1998) defendem a ideia de que o critério da periculosidade subjetiva é fundamento para a ação preventiva do Estado.

As medidas de segurança ganham espaço no direito penal como medidas especiais, voltadas a criminosos específicos, os doentes mentais perigosos. A medida de segurança, geralmente, é indeterminada, uma vez que não existe um limite máximo de duração, pois sua própria natureza e finalidade, considerando aspectos da individualização da pena, permite a imposição por tempo indeterminado, ou até que cesse o perigo que o indivíduo submetido a ela represente.

A medida de segurança aplicável aos irresponsáveis e aos semi-imputáveis não tem como fundamento a culpabilidade e sim, a periculosidade, a possibilidade de retorno à prática do tipo penal previsto como crime.

Sua aplicação se fundamenta na utilidade, que serve à segregação tutelar, readaptação individual, por possuir natureza assistencial, pedagógica e

medicinal. A segregação da liberdade individual que representa, não é a finalidade da medida, segundo defende Hungria (1998), mas sim um meio indispensável à sua execução.

Como a medida de segurança está pautada no estado de periculosidade, apresentado pelo portador de doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, não se fala em previsibilidade da duração do indivíduo nesse estado de periculosidade, razão da indeterminação do período de submissão a essa medida.

Essa indeterminação trazida na imposição da medida de segurança e prevista no artigo 91 do Código de 1940<sup>30</sup>, fixou tão somente o tempo mínimo que deve ser considerado de acordo com o crime cometido.

Hungria (1998) defendia o ponto de que esse lapso mínimo de tempo servia para proteger o juiz da influência de laudos periciais superficiais ou conclusões prematuras, evidenciando o conflito entre os juristas e os psiquiatras. Ainda nessa abordagem, o artigo 22 dizia que somente após uma estreita observação e um tratamento prolongado, poderia ser declarada a cura, quando fosse possível, tendo o prazo mínimo de internação como uma forma preservativa eficaz de retorno ao convívio social.

É nesse aspecto, que se aplica o controle de dominação da loucura defendido por Foucault, que com base no saber psiquiátrico e na justiça criminal, permite a formação do dispositivo sob dois pontos: o psiquiátrico que toma a doença como ponto chave, deixando de reconhecer a periculosidade

---

<sup>30</sup> Art. 91. O agente isento de pena, nos termos do artigo 22, é internado em manicômio judiciário.

§ 1. A duração da internação é, no mínimo:

I — de seis anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a 12 anos;

II — de três anos, se a lei comina ao crime pena de reclusão não inferior, no mínimo, a oito anos;

III — de dois anos, se a pena privativa de liberdade, cominada ao crime, é, no mínimo, de um ano;

IV — de um ano nos outros casos.

§ 2. Na hipótese do nº IV, o juiz pode submeter o indivíduo apenas a liberdade vigiada.

§ 4. Cessa a internação por despacho do juiz, após perícia médica, ouvidos o Ministério Público e o diretor do estabelecimento.

§ 5. Durante um ano depois de cessada a internação, o indivíduo fica submetido a liberdade vigiada, devendo ser de novo internado se seu procedimento revela que persiste a periculosidade. Em caso contrário, encontra-se extinta a medida de segurança.

constituída; e o jurídico, estabelecida por meio da união da Psiquiatria e da justiça.

Cumpre esclarecer que por dispositivo, Agamben (2005) sob a perspectiva do termo utilizado por Foucault, há que se considerar três pontos: o primeiro, considera uma rede estabelecida a partir de elementos linguísticos ou não linguísticos, mas que sejam no mesmo título. O segundo ponto é considerado a partir de uma função estratégica instituída em uma relação de poder, e, finalmente, a terceira considera a distinção, feita pela sociedade, do que é um enunciado científico daquilo que não é científico.

Considera, ainda, Agamben diante da definição de dispositivo no dicionário francês, para chegar a conclusão do termo para Foucault, o significado jurídico, tecnológico e militar, todos, presentes no uso foucaultiano:

Certamente o termo, no uso comum como no foucaultiano, parece se referir à disposição de uma série de práticas e de mecanismos (ao mesmo tempo linguísticos e não linguísticos, jurídicos, técnicos e militares) como o objetivo de fazer frente a uma urgência e de obter um efeito. (AGAMBEN 2005, p.03).

A partir de seus estudos, Agamben (2005), chama de dispositivo qualquer coisa que tenha, de alguma forma, a capacidade de capturar, orientar, determinar, modelar, controlar, assegurar gestos e condutas, opiniões e discursos dos seres vivos.

A relação entre essas capacidades, tomando como ponto de partida os manicômios e no caso deste trabalho, os hospitais de custódia, permite uma estreita conexão com o poder que é exercido nos sujeitos, resultado dessa relação de poder que enseja em uma ilimitada proliferação de processos de subjetivação.

Todo dispositivo implica, com efeito, um processo de subjetivação, sem o qual o dispositivo não pode funcionar como dispositivo de governo, mas se reduz a um mero exercício de violência. Foucault assim mostrou como, em uma sociedade disciplinar, os dispositivos visam através de uma série de práticas e de discursos, de saberes e de exercícios, a criação de corpos dóceis, mas livres, que assumem a sua identidade e a sua "liberdade" enquanto sujeitos no processo mesmo do seu assujeitamento. O dispositivo é, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações, e só enquanto tal é uma máquina de governo. (AGAMBEN 2005, p. 07).

Portanto, infere-se que dispositivo teria sido um termo utilizado para se referir ao problema da relação entre os indivíduos e as instituições, que desencadeavam um processo de dessubjetivação resultante da forte tensão das regras, de onde se concretizam as relações de poder.

Considerando esse dispositivo, a periculosidade de um ser, portador de doença mental, resulta na imposição da medida de segurança, onde a periculosidade é vista, no âmbito do direito penal, como probabilidade de delinquir. E por isso, essa capacidade, é fundamento da medida de segurança.

Antes de prosseguir, é importante estabelecer a diferença entre a periculosidade e a capacidade de delinquir, que se refere especificamente ao crime praticado, limitando a um fato certo e passado que serve de critério para o juiz individualizar a pena em um limite mínimo e máximo de duração. Já a periculosidade, está condicionada a um comportamento futuro do delinquente, é a possibilidade dele voltar a delinquir.

Ainda, para Hungria (1998, 46), todo homem guarda para si um criminoso em potencial e sua eclosão pode ser favorecida não somente por condições pessoais e sociais, “a potencialidade para o crime não significa jamais proclividade inexorável ou predisposição fatal”.

A ideia de periculosidade está diretamente relacionada com a habitualidade, na qual a prática de um crime afeiçoa o agente à prática de outros, especialmente quando esse indivíduo está voltado a apresentar condições psíquicas ou sociais que presumem a existência de periculosidade.

Essa periculosidade está diretamente relacionada com o tipo de crime e as razões que o indivíduo teve ao cometê-lo, é por essa razão que Hungria defendeu o ponto de que se o crime não se enquadra na personalidade daquele que o cometeu, há que se considerar aquele fato como um episódio acidental.

O que se tem na prática, hoje, no âmbito da legislação penal é que a medida de segurança é imposta sob a modalidade internação ou tratamento ambulatorial, cujo prazo mínimo a ser determinado pelo juiz, deve respeitar o

limite compreendido entre um a três anos. Entretanto, esse limite é pautado na manutenção da periculosidade, atestada anteriormente, que representa a probabilidade de delinquir, o que seria puramente exercitar o emprego da futurologia no campo da interação social.

Nesse aspecto, o que se percebe é que a prognose da ocorrência de crimes futuros indeterminados ou crimes futuros possíveis não possuem o condão de legitimar a internação em hospitais psiquiátricos. Se verifica, portanto, que a aplicação da medida de segurança infringe princípios basilares do Direito penal, como o princípio da proporcionalidade.

Tem-se, dessa maneira, o doente mental como um ser que comete um delito, sendo alvo da estigmatização e inocuização da mais brutal prática punitiva de negação aos direitos humanos no sistema, contrariando o que dispõe o Estado Democrático de Direito.

### **3.1 Crime, loucura e periculosidade: a Psiquiatria no âmbito do Direito Penal**

Adepto da Escola Positiva, o Código penal, considera o delito como um sintoma da periculosidade e tem nessa seara um índice revelador da personalidade criminal, onde o portador de transtorno mental em conflito com a lei é caracterizado por uma série de anormalidades somatopsíquicas e por essa razão é visto como parte de uma classe especial.

Ter a loucura como condição do crime é permitir a atuação da Psiquiatria no mundo jurídico, que de fato, foi marcada segundo Carrara (1998), no início do século XIX, na França, com a saída dos médicos alienistas dos asilos rumo aos manicômios judiciários.

O ingresso desses alienistas no mundo jurídico deu início a um conflito que persiste até os dias atuais entre as duas áreas, uma vez que a

nova concepção de loucura, trazida para orientar as demandas nos tribunais, permite que a atuação dos médicos se torne imprescindível.

Foucault pensa que essa imprescindibilidade, não diz respeito a sobreposição de uma área à outra, diz respeito, a sua complementariedade, também entendida por Carrara (1998, p. 79) “(...)nesse momento, embora o conflito entre alienistas e juízes estivesse presente, sua relação se pautava muito mais pela complementariedade do que pela concorrência direta.”

Na realidade, o direito penal transforma-se, com a atuação da Psiquiatria, em disciplina daquele saber, afastando-se de sua área original, a ciência social.

Quando o psiquiatra recebe um doente internado *ex officio*, ele precisa responder, ao mesmo tempo, em termos de Psiquiatria e em termos de desordem e perigo (...) Não se trata mais, portanto, dos estigmas da incapacidade no nível do comportamento. (...) A análise, a investigação, o controle psiquiátrico vão tender a se deslocar do que pensa o doente para o que ele faz, do que ele é capaz de compreender para o que ele é capaz de cometer, do que ele pode conscientemente querer para que poderia acontecer de involuntário em seu comportamento. (...) Os internados *ex officio* são automaticamente indicados como perigosos. Com a internação *ex officio*, no fundo, a própria administração efetuou, e de fato, essa síntese entre perigo e loucura. (FOUCAULT, 2002).

A criminalização do louco pelos psiquiatras foi atrelada à figura da indisciplina, da crueldade, da amoralidade, da periculosidade o que contribuiu para o bom funcionamento do sistema penal, na qual as esferas jurídicas e da medicina se ajustavam de modo a constituir um único complexo, onde diferentes profissionais lutavam para manter suas diferenças e especificidades.

Ainda no decorrer do século XIX, a psiquiatria compreendeu diversos comportamentos desviantes que antes não tinham sido objeto de estudo desse ramo da medicina. Entra nesse rol, portanto, o estudo do crime, não por ser objeto da medicina, mas porque, a loucura que levava ao cometimento do crime, interferia no indivíduo de tal sorte que ao ser levado a julgamento, consideravam a portabilidade de uma moléstia, a mental.

Na década de 1870, Lombroso considerava o criminoso como um ser atávico, que ao cometer crimes representava sua natureza bestial e não

criminoso, os indivíduos que evoluíram com a humanidade. Os estigmas representados na figura do criminoso indicavam o alto grau de periculosidade.

Talvez interesse conhecer como conseguir chegar as atuais conclusões que apresento. Em 1807 eu realizava umas investigações sobre cadáveres e seres humanos vivos nas prisões e asilos de anciãos na cidade de Pavia. Desejava fixar as diferenças entre loucos e delinqüentes, mas não estava conseguindo. Repentinamente, na manhã de um dia de dezembro, fui surpreendido por um crânio de um bandido que continha anomalias atávicas, entre as quais sobressaíam uma grande fosseta média e uma hipertrofia do cerebelo em sua região central. Essas anomalias são as que encontramos nos vertebrados inferiores. (LOMBROSO 1906, p. 665).

Desta maneira, verifica-se diante dessa descoberta, que Lombroso entendia o crime como um fenômeno natural, individual, que deve ser estudado através da determinação de suas causas e origens, a fim de combatê-lo no seu nascedouro. A natureza humana, para ele, é capaz, por si só, de descobrir a causa das infrações penais.

Ainda sob essa concepção é importante considerar que o referido autor classifica e adiciona a esse rol, os loucos morais e os epiléticos. Por loucura moral deve-se entender aquele indivíduo que, aparentemente, mantém sua inteligência no patamar da normalidade, isto é, mantém sua inteligência íntegra. É considerado perigoso em virtude de seu egoísmo e sua diferença para o alienado, estabelecida por Lombroso, é por ser uma pessoa completamente desprovida de senso moral.

Biologicamente, o louco moral pode ser explicado sob o argumento de que a criminalidade que lhe sobrevém é congênita e pode ser aflorada de acordo com o meio em que o indivíduo se relaciona.

No que se refere ao criminoso epilético, ainda na concepção de Lombroso, o crime seria justificado pela impulsividade e anestesia que a crise oferecia, por agir no sistema nervoso central. A ação dessa patologia era explicada a partir da exteriorização dos sintomas, no qual se percebia violentas contrações musculares, fugazes estados de inconsciência que muitas vezes eram imperceptíveis por outras pessoas.

Ao criminoso era negado qualquer direito em razão de se tornarem inimigos da sociedade e do Estado. À figura do criminoso nato, Carrara (1998), define ser o avesso fiel do tipo de homem ideal do século XIX, que apresenta virtudes como ser trabalhador, sensível, discreto, moderado e profundamente moralizado. Já o criminoso nato é preguiçoso, pródigo, cruel, impulsivo, movido por interesses individuais e egoístas.

A Escola Positiva do Direito Penal, representada por Ferri, admitiu a classificação do louco da seguinte forma:

(...) criminosos natos ou de índole, caracterizados por serem precoces e reincidentes no crime e portador de estigmas. criminosos-loucos, comportando os loucos morais, loucos raciocinantes, idiotas, maníacos persecutórios, epiléticos degenerados, etc.; criminosos de ocasião, que abarcava os indivíduos de tendência hereditária ao crime pouco expressiva, aparecendo apenas motivada ocasionalmente; criminosos por paixão, indivíduos cujos atos criminosos seriam ocasionados por temperamento individual sangüíneo e nervoso; e, finalmente, criminosos por hábito, produtos de um meio social perverso, que faziam do crime uma profissão, sendo geralmente reincidentes. (FERRI 1931, p. 74).

Verifica-se, tomando como parâmetro a influência da teoria de Ferri, que o delito não é resultado de uma patologia individual, contrariando a teoria lombrosiana. Para ele, o delito deve ser considerado como resultado da união de diversos fatores, como individuais, físicos e sociais.

Promoveu a diferenciação da definição de delito da constituição orgânica e psíquica do indivíduo, dos fatores físicos e sociais de tal sorte, que a criminalidade deve ser entendida como um fenômeno social, regido pelo seu próprio dinamismo onde o cientista pudesse enumerar exatamente a quantidade de delitos, sua classe e representatividade em um período de tempo específico.

Defende que a criminalidade possui natureza social, uma vez que seu estudo se pauta na análise do fato social, onde o crime aparece como seu produto mais visível.

De qualquer sorte, acredita que em qualquer das espécies de loucura, sendo patológica ou não, havia a possibilidade de regeneração.

Entretanto, o ponto chave era, como exercer a defesa da sociedade dos ataques desse tipo de criminoso. Foi quando se percebeu a necessidade de reformular alguns preceitos jurídicos.

a pena deveria verter-se em medida de defesa social, e sua duração e modalidade não deveriam mais ser deduzidas da gravidade legal do crime cometido, ou da intensidade do escândalo produzido na consciência pública, ou ainda do grau de consciência que o autor tivesse tido do seu crime. O critério da reação legal a ser acionada frente aos crimes deveria ser apenas o próprio criminoso (...) classificando-o segundo as causas que o teriam levado a delinqüir (...) Os juizes deveriam se orientar por uma avaliação particularizada da periculosidade manifestada por cada delinqüente, sendo compreendida como uma espécie de índice pessoal de expectativa de realização de novos delitos. (CARRARA, 1998, p. 100-101)

Para a psiquiatria, periculosidade seria a externalização da vulnerabilidade dos instintos pessoais predispostos ou que apresentam condições psíquicas irregulares por diversos fatores, como os patológicos e os fatores que se relacionam com o ambiente. Seriam reativadas por influências mórbidas encontradas nas razões primárias dos desajustamentos, adaptações e aversão às boas regras. (CARRILHO, 1948).

Além desses, acrescenta que devem ser analisados, a constituição, o caráter – índole psíquica, o temperamento do agente para que se possa realizar um estudo acerca da importância que todos esses fatores possuem frente as forças das organizações ambientais, das suas diversas formas, primitivas, arcaicas ou desenvolvidas.

Quando ocorre a doença mental, a desorganização afetiva encontra, no automatismo das reações e nas exigências dos delírios e das alucinações, motivos que a intensificam e reanimam, criando maiores oportunidades à revelação da periculosidade. De potencial, torna-se esta, assim, atual. A doença vence, deste modo, a fase de latência da periculosidade para torná-la imediata (CARRILHO, 1948, p. 38)

Percebe-se desta forma, que a periculosidade, para a psiquiatria, é resultado da análise do diagnóstico da doença, além do conhecimento exato dos fatores que integram a personalidade do agente. Carrilho (1948) considerou, nos pareceres por ele emitidos, critérios para a verificação de periculosidade e dentre eles o infantilismo e as perversões instintivas do delinqüente; as qualidades das reações de sua personalidade; seu caráter,

temperamento e sua constituição; sua vida pregressa; análise detalhada do crime praticado especialmente os motivos e as circunstâncias que o levaram a praticar o delito e, caso apresente perturbações psíquicas, deverá proceder à análise de sua natureza.

Correto seria que aquele louco que cometesse uma infração penal fosse objeto de estudo de um conjunto de profissionais multidisciplinares, capazes de identificar a melhor pena a ser aplicada para cada caso. Nesse sentido, foi cogitado, inclusive, a substituição do júri popular por um corpo de médicos especialistas, que seriam bem mais capacitados para julgar o evento delituoso, o que não ocorreu.

Assim, depreende-se ser o infrator prisioneiro de sua própria patologia, refém de sua carga hereditária, fechado em si e separado dos demais indivíduos, classificado como subtipo humano, rechaçado da sociedade e diferente dos homens honestos.

### **3.2 O exame de periculosidade e a psiquiatrização do sistema penal brasileiro**

As duas espécies de medida de segurança, a internação e o tratamento ambulatorial, são aplicáveis ao indivíduo infrator enquanto durar a periculosidade do agente e, após um ou três anos, conforme determinação judicial, deverá ocorrer a verificação da cessação da periculosidade, atestada, obviamente, por laudo pericial. Extrapolado o prazo máximo, que é de três anos, da duração da medida de segurança, o portador de doença mental deverá ser submetido, ano após ano, a esse exame até que seja declarada a cessação<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Art. 97 - Se o agente for inimputável, o juiz determinará sua internação (art. 26). Se, todavia, o fato previsto como crime for punível com detenção, poderá o juiz submetê-lo a tratamento ambulatorial.

O retrato da realidade paraense não é diferente do que apresenta o país. As internações eternizam-se com o descaso.

Existem inúmeros casos de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos há muitos anos, sem conclusão do processo, ou mesmo sem processo. Alguns ainda aguardam o exame de sanidade mental; outros, incontáveis, também aguardam há anos o laudo de cessação de periculosidade, e há os que, mesmo com o laudo positivo para a cessação da periculosidade, aguardam *ad vitam* o único alvará de soltura para eles possível: a morte. (MATTOS, 2000, p.18)

De acordo com Souto (2007) a ordem rotineira das investigações psiquiátricas são invertidas, de sorte que não se trata da verificação da ocorrência do crime cometido por indivíduo portador de doença mental, mas na investigação da existência de doença mental em virtude do cometimento do crime. A realização desse exame psiquiátrico, enseja que o sujeito seja culpado pelo delito, mesmo que a materialidade e a imputabilidade não tenham sido, ainda, juridicamente comprovadas.

Questiona-se, assim, o conteúdo do laudo, justamente pela importância de sua representatividade no que diz respeito a determinação da permanência ou não da medida de segurança. A atuação do perito em demandas judiciais, como fonte de motivação das decisões, permite que se julgue a partir de concepções morais sobre as opções de vida, mecanismos de reprodução da violência pelo reforço da identidade criminosa, mostra que se tem, atualmente, a psiquiatrização da decisão judicial, especialmente no que diz respeito ao exame de verificação de periculosidade.

Os critérios de aferição do estado de periculosidade, tratados pela psiquiatria nasceram a partir dos congressos da União Internacional de Direito Penal - UIDP que, sob o discurso, em prol da defesa da sociedade procurou mostrar a necessidade de individualização da avaliação e da adaptação da

---

§ 1º - A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

§ 2º - A perícia médica realizar-se-á ao termo do prazo mínimo fixado e deverá ser repetida de ano em ano, ou a qualquer tempo, se o determinar o juiz da execução.

§ 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

§ 4º - Em qualquer fase do tratamento ambulatorial, poderá o juiz determinar a internação do agente, se essa providência for necessária para fins curativos.

sanção de acordo com a gravidade do delito e, principalmente, à temibilidade do agente (MECLER, 2010).

A categoria de indivíduos perigosos foi definida, segundo Mecler (2010), em 1913 no Congresso Internacional da UIDP, classificando-os como reincidentes; alcoólicos e deficientes de qualquer espécie e, em uma última classe, os mendigos e os vagabundos.

Em 1920, fatores para a determinação da periculosidade, os mesmos tratados anos mais tarde por Carrilho (1948), foram estabelecidos, levando em conta a personalidade do homem nos aspectos antropológico, psíquico e moral.

Abdalla adota como índices de periculosidade a seguinte forma de classificação:

- a. médico-psicológicos oriundos do estado de alienação mental ou semi alienação, ou, simplesmente, desequilíbrios psíquicos vinculados a perturbações somáticas, que em certas circunstâncias permitiram diagnosticar a reação antissocial do sujeito;
- b. sociais voltados a fatores ambientais, onde a periculosidade não está dentro do sujeito, que é estimulado pelo ambiente no qual está inserido;
- c. legais relacionadas aos antecedentes criminais e ao delito (ABDALLA, 2004, p. 234)

Percebe-se que, em que pese, essa classificação, os exames periciais se tornaram instrumentos de avaliação padronizados, de forma a conferir dados confiáveis acerca dos pacientes que cometeram delitos sob determinadas circunstâncias.

Os exames psicossociais e as perícias psiquiátricas exprimem a cultura de preenchimento de informações previamente estipulados, de forma impessoal e invariável, contribuindo para a constituição da subcultura do sistema penal.

A aferição da periculosidade dos sujeitos portadores de doença mental é reflexo do problema enfrentado pelos profissionais na elaboração de critérios

objetivos para proceder sua análise, razão pela qual a confiabilidade desses documentos é frágil e amplamente discutível.

Vige a cultura, que Souto (2007) denominou, de “ditadura do modelo clínico”, marcada pelo subjetivismo, vulnerando princípios como o da livre convicção do juiz, motivação das decisões e o da presunção da inocência, que para ela, inicia o problema ante a ausência de credibilidade do prognóstico da periculosidade penal.

Em razão da medida de segurança pressupor prognose de comportamento criminoso futuro, os prognósticos psiquiátricos, por serem inconfiáveis, produzem consequências destruidoras, já que podem determinar internações perpétuas, em condições piores do que as de execução penal.

Na prática, ocorre, muitas das vezes, um único encontro com o médico psiquiatra – perito – e o periciando, que a partir dessa percepção isolada, diante de informações repassadas por agentes prisionais, acerca do crime cometido, informações sobre o estado do interno, como comportamento, convivência com os outros internos, aceitação do cumprimento de ordens e higiene pessoal, é submetido ao exame de cessação de periculosidade<sup>32</sup>.

Por essa razão, o questionamento desses critérios de avaliação devem sempre ser discutidos, haja vista sua subjetividade e a ausência de uma metodologia adequada para a avaliação, razão pela qual uma enorme gama de perícias médicas pela cessação de periculosidade são pela manutenção da internação, ou seja, pela não cessação da periculosidade.

Já dizia Garcia (1945), que o médico psiquiatra, que realiza o exame de periculosidade, acaba valorando demasiadamente os índices de periculosidade. Pois, ao perito cabe realizar a investigação da periculosidade e, periodicamente, verificar a regeneração da anomalia apresentada e para isso, deverá considerar além de fatores constitucionais e característicos da

---

<sup>32</sup> O anexo 2 traz a análise do caso PAULO, traz exame de cessação de periculosidade, que atesta a não cessação de periculosidade, trazendo, no parecer, comentário que revela a subjetividade do perito.

personalidade do delinquente, os fatores ambientais, deverá investigar também, escolaridade, índices de adaptabilidade e o prognóstico de regeneração.

Tem-se, portanto, a comprovação da supervalorização da periculosidade criminal diante do exame psiquiátrico, com inevitável prognose negativa do inimputável, assim como, por outro lado, a confiança dos operadores jurídicos na capacidade do profissional dessa área – o psiquiatra – de prever comportamentos futuros, determinar ou quantificar o grau de periculosidade desses indivíduos inimputáveis.

Diante desses fatores, conclui-se, ser temerário confiar nesse prognóstico de periculosidade estampado no exame psiquiátrico, no que se refere a relação direta com a perpetuidade da internação, justamente por abordar a carga subjetiva do profissional em questão, o que compromete a objetividade científica buscada.

O indivíduo ao ser considerado inimputável, e conseqüentemente, perigoso é direcionado aos cuidados psiquiátricos, que devem durar até que os operadores do direito possam definir acerca da permanência ou não da medida de segurança.

Diante disso, tem-se a criminalização da doença, na qual a doença mental é o que impulsiona a qualificação do indivíduo como ser perigoso, passando a ser considerado um fator criminógeno, fazendo com que, a priori, pudesse ser motivo de clemência, passasse a ser razão de supressão de direitos e garantias individuais.

Conclusões negativas estampadas nos laudos de verificação de periculosidade, são meios que provam e sustentam a verdade processual, justificando a segregação e inocuidade indeterminada da pessoa doente, criminosa e incômoda, que não exerce seus direitos políticos, não possui representatividade no mercado capitalista e, por isso, é considerada inútil aos interesses do sistema.

#### 4. O NORMAL E O ANORMAL: ENTRE A CURA E O PERIGO

Debates sobre a exclusão e inclusão na esfera das representações e discursos ganham força quando o foco central está voltado à normalidade e à anormalidade, onde um juízo de valor é atribuído sempre em favor dos que são considerados normais em detrimento dos anormais, que muitas vezes são tomados por um controle sob suas mentes e corpos.

Definições e questionamentos acerca do que e quem seriam os normais e os anormais, são diante dos fatos cotidianos, o que levam a sociedade a refletir sobre os pressupostos e critérios do que deveria ser considerado certo ou errado, dos valores que devem ser compreendidos por nós ou pelos outros do que seria sanidade e loucura.

A definição da normalidade parte da conceituação do termo “normal”, que segundo o Dicionário de Filosofia é “aquilo que está em conformidade com a norma, em conformidade com um hábito ou costume”. Fazendo com que tal definição incorra em uma espécie de tautologia.

Antes até de entender as diferenças, se é que existem, entre o normal e o anormal cabe mencionar outro aspecto que aborda o tema, o aspecto tratado na psicologia como psicopatologia.

Segundo Cheniaux (2005, p.1), pode-se definir a psicopatologia como: “(...) *uma disciplina científica que estuda a doença mental em seus vários aspectos: suas causas, as alterações estruturais e funcionais relacionadas, os métodos de investigação e suas formas de manifestação (sinais e sintomas)*”.

Para compreender as psicopatologias que acometem os pacientes inimputáveis, faz-se necessário compreender como se define uma doença mental e o que faz com que ela não seja definida dentro dos padrões de normalidade. “Comportamento, cognição e experiências subjetivas **anormais** constituem as formas de manifestação das doenças mentais.” (Cheniaux, 2005).

As psicopatologias são categorizadas em diversos tipos. Os fatores de causa e as manifestações também são variadas. Cada pessoa está sujeita a um tipo diferente de psicopatologia, que varia de acordo com a subjetividade de cada um e com o referencial teórico que será usado para avaliá-la. Portanto, Cheniaux (2005, p.1) descreve que: “[...] as psicopatologias podem ser divididas em dois grupos: as explicativas e as descritivas”.

A partir dessa compreensão, cria-se um critério para avaliar e observar psicopatologias, que são divididas em dois grupos. As explicativas fundamentam-se em modelos experimentais, focam na etiologia do transtorno mental (Cheniaux, 2005). Já as psicopatologias descritivas, buscam categorizar e descrever precisamente o que é considerado anormal no comportamento da pessoa, que pode ser percebido e informado pelo próprio paciente. (Cheniaux, 2005).

Por apresentarem características que possibilitam a avaliação entre sintomas e sinais, as psicopatologias podem, então, ser identificadas. Nesse aspecto, os sintomas são subjetivos e se manifestam nas queixas do paciente, é o que ele relata. Não há como observar o sintoma, é algo que se restringe a pessoa que o apresenta, não podendo ser identificado por outra pessoa se não o próprio paciente. Diferente dos sintomas, os sinais são objetivos, podem ser verificados e observados, pelo próprio paciente e por outra pessoa. Os sinais são passíveis de comprovação. (Cheniaux, 2005).

No entender de Foucault (2002) o conceito de normalidade vai se modificando de acordo com as condições sociais que são transformadas pela própria ação do homem e que geram novas necessidades na relação do indivíduo com o meio social.

Essas necessidades são pautadas nos aspectos histórico-culturais e é nesse sentido, na reflexão histórica, que Foucault (2002) procura justificar a visão da norma. Para ele todo e qualquer conhecimento se origina na vida, na sociedade, em uma linguagem que como história encontra o elemento que permite comunicação com outras formas de vida, outros tipos de sociedade, outras significações.

Muchail *et all* (2013), delineando uma análise da obra da *História da Loucura*, percebe a obra sob três óticas: a acadêmica que revela o estabelecimento da medicina mental como fator principal na regulação e controle da loucura; a militante que buscou legitimar o entendimento da subjetividade existente nas relações familiares, sexuais, nos locais de confinamento e, sobretudo, que a exclusão era a explicação para o confinamento, o que legitimou o discurso dos defensores da destruição das instituições totalitárias e, a concepção de que a exclusão, e conseqüentemente o confinamento não eram opções de implementação da melhor forma da psiquiatria e sim que esta fosse utilizada de forma a acolher a loucura sem a submissão a ideologia da medicina.

O que se verifica, portanto, é a vastidão dos meios que Foucault (2002) buscou, não para estabelecer uma genealogia específica, tampouco aplicações jurídicas que permitissem a interpretação desse mundo da loucura, mas um apanhado da loucura em uma época em que a sociedade ocidental se depara com a medicina como ciência, classificando-a como doença mental pela psiquiatria.

A definição de loucura ou das características de um indivíduo louco podem surgir de diversas formas, seja pela classificação da psiquiatria, a partir das patologias predeterminadas, sejam pelas representações comuns ou pelas instituições.

As instituições e a prática vivenciada foi o que levou Foucault a estudar e questionar esse objeto, em sua candidatura ao *College de France*:

Seria necessário investigar como os loucos foram reconhecidos, colocados à parte, excluídos da sociedade, internados e tratados; quais instituições foram destinadas a lhes acolher e a lhes deter – tratá-los por vezes: que instâncias decidiram sobre sua loucura e de acordo com que critérios; que métodos eram utilizados para os conter, castigá-los ou curá-los; em suma, em que redes de instituições e de práticas o louco encontrava-se simultaneamente capturado e definido. (FOUCAULT, 2010, p. 37)

Analisar a loucura a partir de instituições asilares é a melhor forma de defini-la, já que em instituições fechadas, a representação da loucura se torna mais real que o mundo extra instituição, nesses locais a loucura se

exacerba e a intensidade com que ela é vivenciada é o que permite sua definição.

Na tentativa de controlar os indivíduos, de controlar seu comportamento no momento em que ele se esboça, Foucault (2013) entende que a instituição penal já não pode estar somente nas mãos do Poder Judiciário. Por isso, surgiram instituições capazes de constituir uma sociedade disciplinar em oposição às sociedades propriamente penais, onde o poder se organiza com o objetivo corrigir as virtualidades dos indivíduos e não apenas punir.

É sob esse prisma que surgem as instituições pedagógicas, os hospitais psiquiátricos, os asilos e a polícia, que por executarem a vigilância social vai dar origem às ciências humanas da psiquiatria, psicologia e sociologia, buscando o controle dos indivíduos por intermédio de seu saber-poder.

O reconhecimento do louco antes de se reportar ao confinamento deve ser investigado para então decidir sobre a institucionalização e, diante da atuação da psiquiatria, como ciência, escolher o melhor tratamento a ser dispensado àquele indivíduo marcado pelo critério escolhido para assim o classificar.

Para Foucault (2002) a exclusão sempre foi um fator estreitamente ligado ao louco, remontando a ideia de exclusão desde o que ficou conhecido, simbolicamente, como a *Nau dos Loucos* onde os loucos considerados vagabundos pelo Estado, eram expulsos de suas cidades e deixados em navios à deriva sob as águas do rio Reno, oferecendo-lhe apenas comida.

Para Muchail *et all* (2013, p. 14) desde que Foucault concluiu que essa questão da loucura nem sempre foi marcada pelo enclausuramento, desde a *Nau dos Loucos*, até o momento em que vagabundos, loucos, mendigos e as prostitutas eram trancafiados em hospitais gerais sem qualquer distinção, verificou-se a necessidade de se estudar cada ser na sua individualidade para então poder conceituar o louco.

É a partir desse pressuposto que a ideia de anormal não é necessariamente ligada ao patológico, já que o portador de uma anomalia não pode ser comparado a si mesmo, essa anomalia deve ser contraposta aos demais indivíduos que apresentem características diferentes das suas no ponto que está sendo observado.

O ponto de partida, portanto, é a referência normativa, pois é por meio dela que se exclui a análise da anormalidade e normalidade da classificação obtida pela média, uma vez que padrões, como a periculosidade, por exemplo, estabelecidos em certos locais ou por um grupo de indivíduos pode ser diferente uns dos outros.

Concepções de normalidade estudadas por Canguilhem (2002) permitem o entendimento de popularidade e teria na recorrência sua identificação, já o patológico, diante do enquadramento das pessoas em grupos, haveria a inevitável comparação com o outro, com a árdua tarefa de convencer o outro de que ele sofre de alguma moléstia e esse outro dificilmente reconhece esse algo que está sendo acusado de sofrer.

Normal é o termo pelo qual o século XIX iria designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica. Tanto a reforma hospitalar, como a reforma pedagógica exprimem uma exigência de racionalização que se manifesta também na política, como se manifesta na economia, sob a influência de um maquinismo industrial nascente que levará, enfim, ao que se chamou, desde então, normalização. (CANGUILHEM, 2002, p. 209-211).

A sociedade requer medidas comuns e a modernidade da norma ocorre pela articulação de regimes de saber e de dispositivos materiais que incluem ou excluem indivíduos. Nesse sentido, a norma é o meio e a forma contemporânea de regulação social, onde as identidades socialmente aceitas e valorizadas são representadas positivamente por artefatos culturais e são tidas como modelo para regular comportamentos e ações.

Diante dos três momentos marcantes da história do mundo, Renascimento, Idade Clássica e Modernidade onde a loucura, respectivamente, era considerada primeiro como uma obsessão imaginária, depois como desrazão e por último como doença mental, Foucault tratou de abordar três elementos da produção da loucura.

Esses elementos da produção da loucura considerados por Foucault, foram sistematizados de forma sucinta por Vermeren:

(...) uma consciência crítica da loucura em que a razão reconhece e designa a loucura, mas no mesmo gesto acontece a reversibilidade da oposição: qual delas é a medida da outra? A loucura ou a razão? Uma consciência prática da loucura que designa o louco como transgressor das normas estabelecidas pela sociedade, o que pressupõe mais a percepção de um perigo para a cidade do que uma reação para defender os ritos imemoriais de conjuração. Uma consciência analítica da loucura que se desdobra em uma explicação pretensamente racional dos mecanismos e tipos de loucura. (2012, p. 15-16)

Estabelecer uma relação como a que fora trazida por Bauman (1998) entre a pureza e a impureza, a loucura e a normalidade é depositar no objeto a ser estudado, aspectos diferentes do que, de fato, teriam, já que a ideia de pureza está diretamente ligada a normalidade, à ordem, e diante dessa concepção, o que não está devidamente de acordo com a normalidade, com o que é considerado conveniente, seria impuro.

Entende-se, portanto, que não são as características das coisas que as tornam impuras, mas sua localização, pois dependendo do campo em que se localizarem, seus atributos, que são imutáveis, poderão atribuir aspectos de pureza ou impureza.

Sob esse olhar, há de se observar que essa relação de pureza, impureza, normalidade e anormalidade está ligada a concepção de ordem, onde o *“o mundo dos acontecimentos não estejam distribuídos ao acaso, mas arrumados em uma hierarquia estrita”* (Bauman, 1998, p. 15)

Essa hierarquia mantida de forma estrita permite que a sociedade estabeleça meios de sobrevivência, seja para solucionar seus atos, tendo nos resultados uma razoável esperança de prosseguir dentro da pureza, da normalidade já que nessa relação a sujeira estaria diretamente ligada à desordem, a transgressão.

A ideia de trancafiar os loucos em instituições asilares, como descrito por Foucault nos séculos XVI, XVII e XVIII tinha essencialmente esse caráter, de limpeza, de alcançar a ordem e destituir da sociedade a figura do

louco, já que a busca pela limpeza, pela pureza é uma característica universal do ser humano.

O pior pesadelo nunca se concretizará. A população perigosa não será exterminada, a não ser aqueles assassinados pela punição do capital. Mas são grandes os riscos de que aqueles considerados componentes fundamentais da população perigosa possam ser confinados, armazenados, amontoados e obrigados a viver seus anos mais produtivos como consumidores de controle. Isso pode ser feito democraticamente e, sob o controle estrito das instituições legais. (FOUCAULT, 2000, p. 267)

Em apertada síntese, pode-se afirmar que a Modernidade busca incessante pela pureza e está relacionada com a ação punitiva contra a classe perigosa, pois essa punição, cabível àqueles que aterrorizam a sociedade é que é incentivada como meio de obtenção da pureza, como papel garantidor da ordem.

A reclusão, cabível ao transgressor dos limites, permite a rotulação do homem em ser estranho, mostrando que a humanidade não tolera o mal. Nesse sentido, sendo impositor de limites, o Estado é fonte do poder e em seu nome atua como única garantia da vida ordeira de forma a aglutinar divisões e classificações para sua existência.

Essa garantia de ordem para atuação contra esses estranhos pode ocorrer de duas formas: uma que se caracterizou pela tentativa de tornar a diferença semelhante, promovendo uma só medida; outra era banir os estranhos do mundo ordeiro, era a estratégia da exclusão ou então quando o resultado não satisfatório a única solução era destruir fisicamente os estranhos.

Para Bauman (1998) a sociedade moderna enxerga essa aniquilação do estranho como construção e correção necessários à eliminação do desordeiro.

A forma asilar da Modernidade revela a estrutura institucional da ordem capitalista, por definir e disciplinar os corpos para o sistema capitalista de massa e essas instituições, necessárias à garantia da ordem, cuja finalidade precípua é disciplinar, é que deu sustentação política ao sistema produtivo emergente.

É nesse caminho que Passos se posiciona:

A nova ordem social, que funda as democracias nacionais republicanas, que por sua vez darão sustentação política ao sistema produtivo emergente, faz proliferar uma série de instituições com finalidade disciplinar, como o cárcere, as escolas, as fábricas, os asilos, as casas de correção e a família burguesa, tornando obsoletas as instituições meramente segregacionistas, como haviam sido os leprosários e os hospitais. (2013, p. 66)

Toda essa concepção de imposição de disciplina teve respaldo em um saber que permitiu a inclusão social da loucura como forma de tratamento terapêutico, que foi a psiquiatria. A segregação em espaços asilares, utilizando a psiquiatria como forma universal de tratamento, permitiu dar ao asilo uma normatividade de funcionamento que visava o recondicionamento moral do louco.

Cumprido destacar que o asilo, nesse período, era uma instituição voltada para dirigir e cuidar da massa de alienados e não instituição que cuidasse de forma individualizada da patologia apresentada pelo indivíduo.

A segregação desses indivíduos permite estabelecer conceitos de normal e anormal a partir da observação das moléstias que os acometem e que por essa razão provocam um desvio em seu funcionamento, até então, saudável.

A fábrica não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de produção. A escola não exclui os indivíduos; mesmo fechando-os; ela os fixa a um aparelho de transmissão do saber. O hospital psiquiátrico não exclui os indivíduos; liga-os a um aparelho de correção, a um aparelho de normalização dos indivíduos (...) Trata-se, portanto, de uma inclusão por exclusão (FOUCAULT, 1996, p. 114)

O que se percebe é que a conceituação do normal não é propriamente científica, mas normativa em relação ao meio, mediado pela instituição da clínica exercida pela medicina como normatividade vital.

#### 4.1 O NORMAL E SUA RELAÇÃO COM A NORMA

A produção do normal e do anormal viabiliza sua análise conceitual a partir de dois aspectos: reconhecer o normal como o contrário do anormal, sem ponto de conexão; ou reconhecer normal e anormal como elementos que estão sob a mesma faceta.

O termo “norma” tem origem no latim e equivale ao termo *órtos*, e se refere, fundamentalmente, à gramática, ao uso da língua, o que demonstra a preocupação do homem na busca de regularidades em suas ações. Enquanto ao termo normalidade é atribuído um critério valorativo, que pauta a avaliação do estado do indivíduo como normal ou patológico.

Marquezan (2009) diz que o anormal está na norma, é previsto nela, julgado e encaminhado por ela, com desdobramentos em tipos e subtipos. O normal e o anormal são constituídos pelas mesmas regras, pelos mesmos dispositivos, por normas explícitas, visíveis, leis sempre acordadas pelos grupos a que se destinam.

É em relação a uma medida considerada válida e desejável –e, portanto, em relação a uma norma – que há excesso ou falta. Definir anormal por meio do que é de mais ou de menos é reconhecer o caráter normativo do estado dito normal. Esse estado normal ou fisiológico deixa de ser apenas uma disposição detectável e explicável como um fato, para ser a manifestação de apego a algum valor (CANGUILHEM, 2000, p. 38)

Nesse sentido, a medida da norma é quem define o que está fora dela como figura desviante e, em outro aspecto, permite-se pensar o anormal como ponto de conexão convivendo com a normalidade.

Uma norma jurídica, segundo Canguilhem (2000), é resultado de sua inserção na ordem, no sistema hierarquizado de normas. Há que se mencionar que a maioria das normas não está escrita e sim integrante das regras estipuladas por um grupo social.

Para o mesmo autor a norma é individual, ou seja, é a capacidade de um ser se adaptar ao meio, uma vez que cada ser tem sua própria concepção do que seria normal para si mesmo, caracterizando a possibilidade de tolerância das variações da norma.

A norma não é definida por uma lei natural, atemporal e fora de contexto, mas a partir da trama de definições de regramento e coerções, capaz de exercer influência nas relações. O que define a norma são dispositivos por meio dos quais os exercícios de poder se mostram legitimados, onde a ideia de normalidade vai sendo construída.

A diferença entre o normal e o anormal está pautada em uma relação de inversão e não numa relação de contradição, ou seja, a norma é construída na cultura, da mesma forma que a anormalidade.

A tipificação do louco como anormal, para Foucault (1991), começa a se tornar evidente com o movimento de exclusão na Idade Média:

A divisão constante do normal e do anormal, a que todo indivíduo é submetido, leva até nós, e aplicando-os a objetos totalmente diversos, a marcação binária e o exílio dos leprosos; a existência de todo um conjunto de técnicas e de instituições que assumem como tarefa medir, controlar e corrigir os anormais faz funcionar os dispositivos disciplinares que o medo da peste chamava. Todos os mecanismos de poder que, ainda em nossos dias, são dispostos em torno do anormal, para marcá-lo como para modificá-lo, compõem essas duas formas que longinquamente derivam. (FOUCAULT, 1991, p. 165)

Esse texto permite a concepção da discussão existente entre a divisão do que poderia ser considerado normal ou anormal nesse período que permite o entendimento de que a norma é o elemento que circula entre o ato de disciplinar e o ato de regulamentar, que tem como escopo o papel de controlar e disciplinar o corpo dos indivíduos e os acontecimentos de uma sociedade.

Esse poder de disciplinar é que ficou conhecido no século XVIII, como poder capaz de exercer vigilância de forma a garantir a normalidade, justamente por trazer o discurso da regra.

Até o século XVIII os conceitos de norma e anormalidade tinham predominância no campo de dois saberes, o da filosofia e da medicina, mas a partir da Revolução Francesa os conceitos de saúde e norma foram modificados em virtude do surgimento da nova ordem capitalista.

Essa nova ordem econômica capitalista permitiu a adoção de uma nova postura normativa, uma vez que a Revolução Francesa inseriu a

industrialização e a complexificação do trabalho como referências de norma e padrões de comportamento, pois a saúde individual passou a ser indispensável ao bom funcionamento do que Foucault (2002) chamou de engrenagem social.

Desta feita, todas as instituições e locais de exclusão passaram a ser normatizados, disciplinados por uma regularização taxada como normal/anormal.

Ainda para Foucault, a categoria formada pelos anormais deve ter endereço fora do olhar, fora do convívio, onde o poder médico é quem detém o controle do anormal, tanto de controle do crime como do tratamento da doença.

As relações interpessoais e o comportamento dos indivíduos estão em constante mutação e é por isso que não determinar o que está por vir é que as relações de disputa e de tensão são constantes.

Essas relações devem ser associadas, segundo Foucault (2002), ao campo dos saberes, representado pela ciência, como a medicina e a psiquiatria, que se tornaram evidentes na Revolução Industrial, marcada pela medicalização da sociedade, onde a medicina em tudo intervém e começa a não ter fronteiras. Foi essa Revolução que fez emergir a criação de uma nova tecnologia de poder capaz de controlar os indivíduos por meio de técnicas de normalização que instituem e impõem exigências de ordem social como critérios de normalidade, considerando anormal toda realidade hostil ou diferente.

Ao abordar a relação da medicina com as formas de poder que lastreiam o sujeito, Foucault mostra de que forma as práticas sociais podem constituir domínios de saber, da individualidade do homem como indivíduo normal ou anormal, dentro ou fora da regra, a partir de práticas sociais do controle, vigilância se se relacionam com a formação e estabilização da sociedade.

Foucault (2001) inicia uma análise da anormalidade a partir da psiquiatria, a partir de exames psiquiátricos nos processos judiciais. Para ele a psiquiatria está relacionada a anormalidade sob o pressuposto do exame

jurídico, onde o indivíduo não será julgado somente pelo cometimento do crime e sim pela anormalidade considerada como causa para o cometimento do crime.

Nesse contexto, o que se percebe é que a psiquiatria permanece fiel ao ideal médico que tem no tratamento terapêutico uma saída para esses casos, de forma que o anormal será objeto de um saber de adaptação, de reinserção nas regras transgredidas. É por essa razão que a punição se relaciona com a cura, o que Foucault (1991) chama de poder de normalização.

Sob esse mesmo aspecto, no final do século XIX a psiquiatria começa a se interessar pelas minúcias do cotidiano, lançando seu olhar a todos os aspectos que possam ser considerados como anormal. Para tanto Foucault (1991) toma a norma como regra de conduta a partir da ancoragem na medicina somática, tomando o normal como regularidade funcional e se o campo da psiquiatria passa a ser anormalidade, se entenderá por cura a readaptação às normas.

A partir desse aspecto a figura do médico ficou relacionada ao mestre da loucura e protetor da ordem social e para Silva (2008) caberia o poder em maior ou menor grau de acordo com a época e o contexto sobre a vida do doente.

Foucault (2001) acredita que a normalização do indivíduo não é privilégio da psiquiatria, para ele as relações de poder na sociedade são marcadas pela vigilância, controle e correção e com base nisso usa o *panopticon* como meio disciplinar e não como forma de exclusão, pois o objetivo principal é adequar o indivíduo a uma norma de forma a integrá-lo em um esquema de normalização produzindo ao mesmo tempo o normal, a disciplina produz o anormal.

Aspectos de normalidade e anormalidade são, na contemporaneidade, considerados como dispositivos de saúde mental que devem funcionar sob uma nova perspectiva da psiquiatria, onde o controle pode ser conferido de forma sutil desde espaços institucionais, como a partir da própria subjetividade do usuário.

A partir da possibilidade de se permitir a existência de um tratamento extramuros, é que a psiquiatria tem ganhado espaço na medicina no sentido de conferir aos portadores de transtornos mentais, objetivamente definidos e universalmente observáveis, a possibilidade de tratamento tão somente com o uso de medicamentos e acompanhamento não asilar.

É justamente nesse sentido que Rauter e Peixoto (2009), conferem ao portador de transtorno antissocial (TAS)<sup>33</sup> a condição de incurável por meio de meios psicoterápicos tradicionais, conferindo a esse tipo de moléstia a condição de internação para submissão de tratamento.

Para eles esse diagnóstico é, geralmente, apresentado por pessoas que possuem tendência à prática de delitos, o que justifica a submissão a tratamento asilar, ou seja, que o tratamento seja dispensado na modalidade internação e, no caso do condenado por cometimento de crime, sua submissão à medida de segurança.

Ainda sob a concepção de Rauter e Peixoto (2009) as características criadas a partir de múltiplos modos de existir e de subjetividades singulares, tem nos dispositivos de controle uma relação de saber-poder, marcado por seu caráter global e abrangente, onde a intervenção farmacológica deixa de atingir somente o louco, passando a abranger também o “normal”.

Partindo do pressuposto de que a anormalidade deve ser tratada mediante a internação em instituição asilar, cada um que ingressa nesse modelo de instituição obterá a moldura da lógica que ali circula, mas que, por outro lado, já pode ingressar “pré-moldado” diante da concepção do meio social.

A psiquiatria nesse contexto, campo do conhecimento que espelha o saber-poder, opera a categorização do negativo a partir das singularidades das

---

<sup>33</sup> Patologia que consiste no cometimento de desobediências e rebeldias e seus sintomas tem início na infância, associados ao fracasso escolar ou ao questionamento de autoridades, prolongando-se por toda a vida, através de uma série de comportamentos oposicionistas no trabalho e na família.

experiências subjetivas. Ocorre, que esse poder está dissolvido nas experiências cotidianas e o saber se mistura com a necessidade de disciplinar condutas que modulam as subjetividades por meio do controle social.

O que se percebe nesse cenário, é que a psiquiatria é um saber fundamentalmente classificatório, no entender de Cheniaux (2005), que diante do objetivo de universalidade, vêm elaborando classificações descritivas para estruturar a realidade.

Para Foucault (2005) a psiquiatria é instância de delimitação, com atuação no campo de racionalização, códigos e teorias, com atuação através do conjunto de práticas e saberes sobre o corpo da loucura, regulamentada pela corporação dos indivíduos que compõem o corpo médico como saber legitimado e reconhecido pela sociedade, pela justiça e pelo Estado.

No campo jurídico, Foucault (2005) legitimou a alienação mental, diante da irresponsabilidade do louco infrator, a partir de conceitos penais como crime passional e periculosidade, que ensejam a atuação dessas instâncias de delimitação. É nesse sentido, que as condutas transgressoras se tornaram objetos do saber diante das especificações psiquiátricas e das categorias penais obtidas por meio de interrogatórios, pesquisa de antecedentes históricos e biográficos presentes nos questionários médicos e exames clínicos.

Modelos asilares utilizados por Pinel, Esquirol e Morel serviram de instrumentos para utilizar o espaço como meio de conferir poder ao alienista, seja pela sua estrutura arquitetônica ou pelas composições sonoras que lá operavam diariamente. Foi esse poder, instrumentalizado por meio da psiquiatria, que o fim do asilo não permitiu sua aniquilação, uma vez que as práticas asilares continuam a ocorrer nos espaços extramuros.

Como prática asilar, em se tratando dos loucos infratores, percebe-se que as instituições prisionais proporcionam a modelagem desses corpos, por meio de discursos, teorias e práticas dos especialistas em saúde mental, que representam centros de poder, produtores de corpos-objetos.

Essas instituições prisionais, que, frise-se, não deveriam possuir essa conotação por se tratar de um local em que, perante a legislação brasileira, deveria prestar assistência psiquiátrica ao louco infrator, adotam o que Foucault (2005) chama de poder disciplinar, que permite a constituição do indivíduo através da tecnologia do poder disciplinar, perfeitamente visível pela descrição de Bentham no panótipo<sup>34</sup>.

Pautado nessa ideia, de disciplinarização dos corpos, é que Foucault (2005) passa a se preocupar com a força física, desequilibrada e irregular, que violentava os corpos, vendo nela a possibilidade de obstruir a compreensão das relações de poder que caracterizam a psiquiatria. Sob essa visão, o poder, da mesma forma que a violência, tem no corpo o objeto que não responde a forças irracionais e confusas.

Nesse momento, não se tem mais a instituição como um ente articulador, como foi em *A História da Loucura*, e a psiquiatria só poderia ser compreendida se houvesse a substituição de alguns conceitos, como o conceito de família, geralmente utilizado como referência ao modelo asilar, que não deveria haver, uma vez que o poder psiquiátrico não poderia ser compreendido como referência aos vínculos patriarcais.

É a partir da psiquiatria que Foucault (2005), especificamente nas últimas décadas do século XIX que o corpo humano deixa de ser estudado e analisado a partir do estudo de órgãos e tecidos, passando a ter outras funções precisas, seres portadores de comportamentos desejáveis. Inicia-se a descoberta do corpo neurológico e seu tratamento na área da medicina e da

---

<sup>34</sup> O panótipo é um modelo utilitarista proposto por Jeremy Bentham, filósofo inglês que juntamente com James Mill e John Stuart Mill, concebeu a doutrina Utilitarista. O panótipo, sob esse aspecto, é definido como um dispositivo de vigilância, que possui um modelo arquitetônico aplicável aos mais diversos tipos de instituições como prisões, hospitais, hospícios e, até mesmo, nas escolas. Seu projeto arquitetônico é caracterizado por uma estrutura circular, que no centro, está localizada uma torre, onde fica o vigilante, e, à sua volta, as celas em perfeito alinhamento. Cada cela possui uma janela que permite a entrada de ar e luz, mas que impedem os prisioneiros de verem o mundo exterior. Para o interior, há uma porta, totalmente gradeada, que permite a entrada de ar e luz até o centro.

Segue o princípio da inspeção, que está diretamente relacionado ao escopo basilar de uma instituição, por meio do monitoramento e da verificação de determinados tipos de grupos de indivíduos, cujo objetivo a ser alcançado é aquele padrão preliminarmente fixado. TADEU. Tomaz. (org). O panótipo/Jeremy Bentham. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

psiquiatria, já que o comportamento também está relacionado a essas duas áreas da ciência.

A partir do fracasso da visão da loucura estar relacionada diretamente como sintoma médico geral, é que se passa, no final do século XIX, a reconhecer que, independentemente desse fato, a utilização do interrogatório, da hipnose e do uso das drogas, continuam sendo o tratamento dispensado nos espaços asilares representando, dessa forma, o poder psiquiátrico. Foucault, então, começa a falar de um diagnóstico absoluto da psiquiatria em virtude de um diagnóstico da medicina clínica.

A psiquiatria é uma medicina em que o corpo está ausente. Sua preocupação não é inicialmente a de saber se tal comportamento, tal maneira de falar, tal categoria de alucinação se refere a esta ou a aquela lesão, o problema é saber se dizer determinada coisa, escutar vozes, conduzir-se de determinado modo caracteriza ou não a loucura. FOUCAULT (2005, p. 42)

Eis que o grande questionamento dos dias atuais chega em seu absoluto ponto. De que forma, então, essa ciência pode provar que atitudes como as citadas por Foucault podem indicar que um indivíduo é portador de uma doença mental e, com isso, diante do cometimento de um crime, ser submetida a medida de segurança?

Apesar desses questionamentos não serem o objetivo deste trabalho, é importante que, pelo menos, se conheçam os mecanismos utilizados pela psiquiatria para reconhecer a existência de determinadas lesões e que essas lesões possam ser explicadas a partir das condutas desses indivíduos. Condutas essas que consideram seus hábitos, seu histórico familiar e, principalmente, sua história de vida.

É nesse momento que se explica a utilização do interrogatório, como base para nortear o histórico de vida do infrator, de sua vida pregressa, sua vida social e as circunstâncias em que o fato ocorreu. É nessa ocasião, pelo menos, em que a caracterização do poder disciplinar é mais evidente, haja vista a atribuição de uma identidade ao indivíduo, ligada ao passado, que possa atribuir uma prova da existência da loucura a esse indivíduo.

Ainda nessa esteira, do interrogatório, a loucura tenta ser explicada a partir do alongamento do corpo e não por doenças hereditárias:

Na medida em que não se pode ou não se sabe encontrar no corpo do doente um substrato orgânico para sua doença, se trata de encontrar no nível da família certo número de eventos patológicos tais que, embora sejam de outra natureza (se seu pai era apoplético ou se mãe tinha reumatismo ou se tem ou não um primo idiota) referem-se à existência de um substrato material patológico. (FOUCAULT, 2005, p. 32)

É o interrogatório que permite a verificação dos aspectos históricos familiares e, também, a relação das doenças existentes na família e que, possivelmente, poderiam ser herdadas pelo indivíduo. Nesse campo, a psiquiatria, se valendo desse interrogatório, procura descobrir nas condutas passadas, relatos de comportamentos ou reações anormais que possam, de alguma forma, repercutir nas atitudes do indivíduo interrogado.

A partir desse ponto, esclarecido os vínculos com o passado, os profissionais da área da saúde mental consideram que os fenômenos considerados psicopatológicos, apresentados pelos indivíduos, estão fora da normalidade e necessita de intervenção.

Para Foucault (2005), a função do interrogatório, é de, além de estabelecer o cruzamento entre subjetividade e responsabilidade, permitir que o portador de doença mental reviva a doença, trazendo aspectos relacionados ao fato, no momento do interrogatório, para que esse doente manifeste as reações, para então, o psiquiatra visualizar os sintomas.

*Você pode ser libertado de toda a responsabilidade jurídica ou moral desde que reconheça e desde que assuma que essas ações são sintomas incontroláveis de uma doença que o possui e o domina.* FOUCAULT (2005, p. 34)

É por meio da técnica do interrogatório que se permite delinear a lógica do poder, que atribui identidade, diferencia o normal do anormal, até que se atribui a loucura, propriamente dita. O interrogatório permite que o doente, seja reconhecidamente o louco, mas, por outro lado, permite o próprio reconhecimento do saber psiquiátrico.

Essa intervenção, geralmente, feitas por esses profissionais, denotam a impossibilidade de cura a esses transtornos, que se limitam a controlar os sintomas e fazer com que cada indivíduo aprenda a conviver com sua doença pelo resto de suas vidas.

Note-se, especialmente diante do caso que se estuda, que os internos do HCTP, não participam dos procedimentos, o que evidencia o distanciamento entre os profissionais e os internos, onde a relação estabelecida entre si é marcada pela hierarquia, que não considera a opinião ou a sugestão dos internos, que, por sua vez, passam longos períodos institucionalizados, entregues às práticas e aos saberes profissionais.

O ingresso desses indivíduos em instituições de doentes mentais se constrói de forma avassaladora, em que a frustração das expectativas de ajuda aos problemas que enfrentam faz com que percorram uma verdadeira “via crucis” entre visitas a profissionais da área da saúde e às perícias, como ocorre com o portador de doença mental ao ingressar no HCTP, que não possui no seu quadro de profissionais um médico psiquiatra em suas dependências para acompanhar o dia-a-dia dos internados.

Tais atendimentos, que em sua maioria ocorrem quando surgem as crises, os surtos, se dão, pelo que, esses especialistas, chamam de bate e pronto, produzindo efeitos de assujeitamento e distanciamento entre o indivíduo e o profissional.

Para Foucault, a construção da sociedade moderna é investida de estratégias de poder, nas quais a moral, uma vez que se fala da loucura, deve ser normalizada pelo processo de cura, intermediado por um processo terapêutico voltado para a sensibilidade, à moralidade.

Entretanto, a psiquiatria, que utiliza estratégias como a do interrogatório, mostra a atuação do médico psiquiatra com excesso de poder, permitindo o entendimento do, chamado, biopoder. É esse excesso de poder que evidencia, ainda, a atuação do antigo poder soberano, exercido sobre esses corpos ausentes, cujo processo de cura está vinculado, diretamente, à

restituição de valores morais marcados pelo sobre-poder exercido pelo médico psiquiatra.

Apesar desses instrumentos utilizados pela psiquiatria não se aterem somente a instituições fechadas, elas persistem em centros de atenção psicossocial todas as vezes que a intervenção terapêutica se limita à reiteração das estratégias de poder do século XIX que é o uso do interrogatório e o uso de drogas.

Um exemplo claro dessa situação fora do ambiente asilar, é notado a partir da inaplicabilidade do preceito da lei antimanicomial, que determina o tratamento terapêutico em centros psiquiátricos de referência, mostrando a necessidade de descentralizar essas antigas formas de poder, mas que, ainda se utilizam de drogas para controlar e dominar os delírios.

Essa dominação ocorre, mediante a utilização de medicamentos, isolamento que levam à modelagem de hábitos e condutas, que por dominarem os pensamentos desses corpos ausentes, minimizam, de certa forma, o risco de violência.

## 5. ESTUDO DE CASO

O estudo da medida de segurança deve ser realizado a partir da análise das instituições, entretanto, mais que isso, é necessário que se evidencie a atuação da microfísica do poder presente na psiquiatria, situada em cenas como os rituais dos serviços prestados quando da internação daqueles indivíduos submetidos a medida de segurança, dos procedimentos judiciais, das práticas médicas, que é mais importante do que simplesmente a análise da instituição.

É essa a ideia trazida por Foucault, já delineado no decorrer deste trabalho, de que a loucura – como prolongamento da doença, que deu causa à medida de segurança – é manipulada pelos médicos de forma a ser considerada manobra da verdade. Assim entendida, em virtude das práticas adotadas nos hospitais de custódia e tratamento psiquiátricos que desenvolve, a partir da própria ideia do indivíduo delirante, um caminho que segue a ideia deste que, por sua vez, acredita. Há assim, a organização, por parte dos profissionais atuantes no hospital e, principalmente, no momento de elaboração do laudo pericial, de um caminho que permite sempre a manutenção da ideia delirante.

Com base nesse raciocínio, a ideia da atuação do tratamento psiquiátrico é pautada na crença, por parte do doente, de que o delírio é verdade e a partir do momento que o doente acredita que diante de seu delírio, aquilo que era a causa foi suprimido, ele passa a aceitar a intervenção médica. Essa intervenção surge como forma de curar a doença, originada pela atuação da vítima e dessa maneira, o louco infrator passa a aceitar a medicação prescrita como forma de tratamento, capaz de suplantar a doença causada pela vítima e que resultou na infração penal.

Essa atuação da psiquiatria em torno da doença, fazendo o próprio doente crer em suas alucinações e delírios, é o que Foucault (2013) define como jogo organizado em torno da ficção de verificação do delírio, que através da medicalização se pretende atingir a cura.

A incessante busca pela cura e, principalmente, para que os delírios possuam algum significado no âmbito do cometimento do crime e no

cumprimento da medida de segurança imposta por juízes a partir da perícia psiquiatra – laudo que atesta a periculosidade do indivíduo – é que é desenvolvido pela prática disciplinar operada nas dependências do hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, com o objetivo de mostrar, com esse estudo, o que Foucault denominou como microfísica do poder.

A pesquisa documental, eleita dentre os inúmeros casos de internação, no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico deste Estado, com processos de execução jurisdicionados da 1ª Vara de Execuções Penais da Região Metropolitana de Belém – 1ª VEP foi escolhida com base em um laudo pericial emitido por perita psiquiatra forense, cuja conclusão foi pela não cessação de periculosidade.

O objetivo da análise processual ocorre, especificamente, na análise dos laudos que atestam e que mantêm a periculosidade do indivíduo e, portanto, permanece submetido à medida de segurança.

A escolha processual ocorreu de forma aleatória, atendendo à única exigência de que a internação tivesse duração de mais de dez anos, sem que houvesse a conclusão pela cessação da periculosidade.

Considerando o fato de que os processos de execução não correm sob sigilo de justiça e que, por essa razão, são públicos, acessíveis, portanto, a qualquer pessoa que tenha interesse em verificar o regular andamento da execução penal, o nome do apenado/interno não foi substituído por nenhuma identificação anônima, sendo utilizada a real identidade do que no decorrer desse trabalho foi denominado de louco infrator.

Ainda sob o aspecto da escolha, considerando o lapso temporal de cumprimento da medida de segurança, evidencia-se o local de cumprimento que é o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Pará, única instituição do Estado que oferece a pena de medida de segurança na modalidade internação para todo o território paraense.

### **5.1. A história do processo**

Raimundo Nonato foi denunciado em 14 de março de 1997 pelo Ministério Público do Estado do Pará, pela prática dos crimes previstos nos

artigos 121, §2º, II, III IV e V<sup>35</sup>, bem como ao artigo 213<sup>36</sup> e 224<sup>37</sup> do Código Penal Brasileiro - CPB, por ter ido até uma fazenda localizada no município de Paragominas - PA, procurar emprego e diante de uma resposta negativa, como forma de compensação, foi contemplado com uma refeição e depois passou a brincar com uma criança de 02 anos de idade.

A mãe da criança tendo percebido que além das brincadeiras Raimundo Nonato estava acariciando demais a criança, chamou alguém para retirar Raimundo Nonato do local. Entretanto, quando a mãe da criança retornou, Raimundo Nonato já havia saído do local levando a criança.

Realizadas buscas, Raimundo Nonato foi encontrado sozinho e a criança foi encontrada morta e vilipendiada.

Suspeitada a insanidade mental de Raimundo Nonato, foi instaurado o incidente de insanidade mental, cujo laudo data de 11 de maio de 1998, tombado sob o registro nº 2.718/98 junto ao Instituto Médico Legal – IML, na Seção de Psiquiatria Forense.

Em 18 de janeiro de 1999, após o laudo ter concluído que o periciando era portador de doença mental, a juíza aplicou a medida de segurança pelo prazo mínimo de três anos, por tempo indeterminado, enquanto não fosse averiguada, por perícia médica, a cessação da periculosidade. Devendo o internado ser avaliado anualmente.

---

<sup>35</sup> Art. 121. Matar alguém:

Pena - reclusão, de seis a vinte anos.

§ 2º Se o homicídio é cometido:

II - por motivo fútil;

III - com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum;

IV - à traição, de emboscada, ou mediante dissimulação ou outro recurso que dificulte ou torne impossível a defesa do ofendido;

V - para assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou vantagem de outro crime:

<sup>36</sup> Art. 213. Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça:

Pena – reclusão, de três a oito anos

Parágrafo único. Se a ofendida é menor de catorze anos:

Pena –reclusão de quatro a dez anos.

<sup>37</sup> Art. 224. Presume-se violência se a vítima:

- a) não é maior de catorze anos;
- b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância;
- c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.

Registre-se que Raimundo Nonato esteve preso desde a data do delito que foi em 05 de março de 1997, permanecendo internado até os dias atuais.

### 5.1.2 O laudo de constatação de periculosidade

É importante, antes de transcrever alguns trechos importantes do laudo, explicar a estrutura que norteia os laudos de verificação de periculosidade que versa acerca: I Identificação; II Motivo do crime; III História do delito segundo a denúncia; IV História do delito segundo o periciando; V Histórico familiar; VI Antecedentes pessoais; VII História clínica; VIII Exame mental; IX Diagnóstico; X Comentários médico-legais.

Iniciam com a identificação pessoal do periciando, qualificando-o; como segundo ponto o motivo pelo qual o exame está sendo realizado; a história do delito nos termos da denúncia ou do inquérito policial, quando for o caso; a história do delito na versão do periciando; a história de vida do periciando, contando com aspectos de sua vida familiar e social; descreve no item história clínica a relação de vida com álcool e drogas e o crime cometido. Já no que se refere ao exame mental considera a apresentação do periciando, a ideia que possui de orientação espacial e, sob o ponto de vista psiquiátrico, as razões que o levaram a cometer o crime. Diagnostica de acordo com a patologia que o caso mostra e, logo após, comenta de forma científica o caráter da patologia e a ameaça que o periciando pode causar à sociedade.

Aspectos como esses são considerados essenciais pelos peritos psiquiatras ao iniciarem a análise de um louco infrator e seu potencial grau de periculosidade, pautados nos dispositivos de saúde mental, abordados nesse trabalho, chamados de interrogatório, que é método de controle operado pelas instituições de saúde mental no que se refere a própria subjetividade do sujeito.

Essa identificação inicial importante para a análise da subjetividade e da relação que esse louco infrator tenha possuído com a vítima, é o que marca o início da trajetória de busca da explicação para a submissão e manutenção desse indivíduo à medida de segurança. É o que ficou definido como saberes, que marca a genealogia entre a articulação do saber, a verdade

— que é o que o indivíduo responde com seu histórico de vida — e dos poderes existentes no âmbito da medida de segurança, que vai desde a imposição até a cessação, marcada pela presença de diversos atores – em ambiente intramuros – que atestam a disciplina e a ordem.

Cumpridas as formalidades de identificação pessoal e as razões que levaram à elaboração do laudo, a perita passou a transcrever a história do delito de acordo com os documentos enviados pelo Poder Judiciário.

Após a entrevista realizada com o infrator, que assumiu a autoria do crime, sob o argumento de que “quando se tem que passar por coisa.... tem que passar mesmo”. Afirmou ter tido problemas com álcool na família e histórico de crime por parte de familiar materno.

O laudo não informa a existência de antecedentes pessoais, o que já denota a ideia de poder, deixando o perito de procurar estabelecer uma busca pelas razões da atuação da loucura daquele indivíduo, firmando o pensamento de que a existência de um transtorno mental é inerente a qualquer histórico de vida e a consequente correlação entre a responsabilidade e o diagnóstico do laudo pericial.

Percebe-se a utilização do reconhecimento padrão no que se refere a anormalidade mental, consideradas quando da análise das condições de adaptabilidade do indivíduo ao meio social, já concebidas por Bittar (2015) no decorrer deste trabalho.

## **LAUDO DE INSANIDADE MENTAL**

### **“História Clínica”**

*Refere que bebia cachaça diariamente, sem controle, chegando a desmaiar. Dormir pelas ruas e fazer desatinos. Não é capaz de precisar quando começou a beber. Embriagado (...) tinha crises de fúria (...) fez uso de esporádico de maconha. (...) praticou furtos, roubos, (...) levava uma vida sexualmente promíscua e contraiu várias doenças. (...) Diz ter gostado de uma mulher no Tocantins, que vivia incestuosamente com o irmão, “ela engravidou e a criança morreu; ela comeu a criança e assim a criança foi gerada de novo e nasceu” (...) Afirma que não usou maconha, etílicos ou quaisquer outros*

*psicoativos nas 24 horas anteriores ao delito. Nunca fez tratamento psiquiátrico. É desvinculado da família, de amigos e de trabalho.*

Ao exame mental Raimundo Nonato compareceu escoltado e algemado, apresenta precárias condições de higiene, aparência descuidada e trajes sumários. Apesar de não falar espontaneamente, responde ao que lhe é perguntado se mostrando ser cooperativo e atento. Está orientado quanto a si e espaço e, parcialmente, orientado no tempo. Mostra resistência à dor física e parece alheio ao seu destino.

### **“Diagnóstico”**

Esquizofrenia indiferenciada.

### **“Comentários médicos legais”**

*O periciando é portador de uma doença mental (esquizofrenia indiferenciada), conforme a legislação penal vigente.*

*Trata-se de um quadro muito grave, com severo comprometimento da personalidade e deterioração dos hábitos. Existe nexo causal entre a anatomia do delito e a psicopatologia que o periciando apresenta.*

*A doença é muito anterior ao delito e parece ter dado causa a crimes e comportamentos desviantes pretéritos.*

*Embora não tenhamos dados objetivos sobre a história de vida e adoecimento do agente, sabemos que a esquizofrenia é uma doença que costuma manifestar-se no final da adolescência e ter evolução desfavorável.*

*Comportamento imprevisível, desmedido e incongruente fazem parte do quadro clínico que o periciando apresenta e, ao lado de graves distorções do pensamento e do afeto, podem levá-lo a praticar outros crimes. Sua periculosidade é elevadíssima.*

(...)

*Caso venha a receber pena e/ou medida de segurança, deveriam ser cumpridas em casa de custódia e tratamento. Hospitais psiquiátricos comuns e a cadeia lhes são contra indicados.*

*Assim, do ponto de vista psiquiátrico-forense, Raimundo Nonato, por doença mental era ao tempo da ação, totalmente incapaz de entender o caráter delituoso dos fatos e de determinar-se de acordo com esse entendimento, ficando ao abrigo do previsto no “caput” do artigo 26 do CPB, na condição de inimputável.(...)*

### 5.1.3 Análise do laudo

Dentre os aspectos abordados neste trabalho e a aplicação prática na análise desse laudo, o que se percebe é que a imposição da medida de segurança ocorreu, de fato, como determina o Código Penal. Diante do cometimento de uma incidência penal, neste caso, infração aos artigos 121, 213 e 224 da legislação penal, ao analisar as circunstâncias em que o crime ocorreu e as condições do agente, tendo o juízo da condenação suspeita da higidez mental do acusado, houve a instauração do incidente de insanidade mental, o reconhecimento da inimputabilidade e a submissão à medida de segurança.

Essa primeira fase, a de reconhecimento da inimputabilidade é marcada pela atuação do novo modelo de homem trazido por Foucault e que ficou conhecido, neste trabalho, como o modelo do novo homem moderno, que como visto, é o resultado do agenciamento do poder, estampados na relação saber/poder evidenciados pela figura do perito e do magistrado, e que dessas práticas, como resultado, surgem a constituição dos sujeitos – os loucos infratores.

A perícia, diante dos quesitos apresentados pelo magistrado no que se refere ao disposto no artigo 26 do CPB<sup>38</sup>, do histórico de vida do infrator e

---

<sup>38</sup> Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era

do diagnóstico encontrado, entendeu pelo reconhecimento da inimputabilidade penal, uma vez que Raimundo Nonato não era inteiramente capaz de entender a ilicitude de sua conduta no momento em que estava cometendo o crime.

O reconhecimento dessa incapacidade gera, diante do comportamento de Raimundo Nonato, o que ficou conhecido como anormal, já que as ações regulares utilizadas sob o critério valorativo pautam o ser humano como normal e o que é excessivo ou escasso é considerado anormal.

Em dezembro de 2002, devidamente representado pela assistência judiciária da SUSIPE, foi solicitada a realização de avaliação psiquiátrica para averiguar as condições pessoais do interno, nos termos do que determinou a sentença que impôs a medida de segurança bem como o que dispõe o artigo 175 e 176 da Lei de Execuções Penais - LEP<sup>39</sup>.

A realização desse exame não ocorreu no período determinado em sentença, tampouco como dispõe a LEP, o que permite concluir que 2 anos já tinham transcorrido sem a realização do exame e o interno submetido à relação de poder existente nas dependências do hospital de custódia.

Essa variação de período entre o ingresso – submissão à medida de segurança – e a realização de novo exame pericial é o típico caso de exclusão salientado por Foucault na Idade Média, submetendo o louco infrator a atos disciplinares e regulamentares com o ideal disciplinador e controlador próprios dessas instituições asilares, tendo a vigilância como forma de garantir a ordem.

---

inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

<sup>39</sup> [Art. 175.](#) A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

[I](#) - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

[II](#) - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

[III](#) - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

[IV](#) - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

[V](#) - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

[VI](#) - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

[Art. 176.](#) Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.

Os regulamentos internos dessas instituições asilares, além do saber médico eram os pilares da garantia da ordem seja para o controle do crime como do tratamento da doença.

Já em avaliação realizada pela equipe social da SUSIPE em novembro de 2003, concluiu:

*“(...) perdeu o contato com seus familiares, atualmente se encontra em tratamento, aonde vem correspondendo, pois participa das atividades socioeducativas, é cooperativo (...), apresenta bom nível de sociabilidade com outros internos.*

*(...) diante do exposto, percebemos que o interno apresenta perspectiva futura de vida e um bom nível de sociabilidade.*

Essa perda de contato com familiares e a conotação de cooperação e sociabilidade tem como espelho a relação com os agentes e todo o corpo funcional do hospital de custódia, que molda uma relação de disciplina e respeito onde as condições de sociabilidade são pautadas na manutenção da ordem e da obediência, típicas práticas sociais de controle e vigilância.

No campo da psiquiatria, tomando como base a *História da Loucura de Foucault*, para seu perfeito entendimento deveria ocorrer a substituição de alguns conceitos, como é o caso da substituição do conceito de família, que com a internação a família passa a ser o asilo – hospital de custódia.

A atuação da equipe social da SUSIPE demonstra claramente a relação de poder existente do hospital de custódia, onde a cura está relacionada com o poder de normalização, como Foucault já defendia. As regras de condutas inseridas no regulamento interno do hospital de custódia enseja o entendimento de que se as regras forem seguidas e os internos forem capazes de se readaptarem a essas normas, estarão aptos a retornar ao convívio social, pelo simples fato de terem encontrado a cura.

A avaliação psicológica realizada, também, pela SUSIPE no mesmo período concluiu:

*“(...) o interno encontra-se orientado quanto ao espaço, pessoa e parcialmente ao tempo (...) é cooperativo e atencioso (...) no que se refere ao delito diz não lembrar o que fez e em outro momento não gostar de falar no assunto (...) tem respondido positivamente ao trabalho terapêutico.*

Mais uma vez a conclusão da equipe de profissionais da SUSIPE demonstra a evidência dos dispositivos de saúde mental, no qual o poder de

controle existente nesse espaço institucional é tomado pela subjetividade do interno, o que lhe confere características de normalidade ou anormalidade.

Questionamentos acerca de sua vida pessoal, sua história familiar e a forma como o crime ocorreu, Foucault definiu como interrogatório, o que permite a realização do cruzamento entre a subjetividade e a responsabilidade, de forma que ele possa reviver a doença e trazer, ao momento dos questionamentos, aspectos relacionados ao fato, para que os psiquiatras possam visualizar os sintomas a partir das reações que o indivíduo possa ter diante do retorno ao fatídico dia.

Observe-se que a orientação quanto ao espaço, observados pelos profissionais da SUSIPE, ocorre em relação ao espaço do internamento, enquanto que o tempo é considerado pela realização da avaliação, que ocorre mediante agendamento e posterior comunicação ao interno do dia e hora da entrevista com a equipe.

O trabalho terapêutico exercido no âmbito do hospital de custódia se resume a medicalização e na realização de algumas atividades ocupacionais, como trabalhos manuais e convivência com os demais internos. Seria o que Rauter e Peixoto (2006) definiram como múltiplos modos de existir diante de subjetividades singulares. É nesse escopo que a psiquiatria age como saber-poder, operando a categorização do negativo a partir das singularidades das experiências subjetivas.

A cooperação e atenção que a equipe diz que Raimundo Nonato possui, é em relação às regras da instituição, em relação a convivência com seus pares e com a disciplina do local, respeitando os agentes carcerários, a equipe de profissionais que presta atendimento e, principalmente, quando se trata da medicação utilizada.

Mesmo após o requerimento da Defesa e do próprio Ministério Público, o Instituto Médico Legal, apesar de contar solicitação de agendamento de perícia pelo Juízo da 1ª VEP, por duas vezes, o exame para verificação de cessação de periculosidade não ocorreu.

Em outubro de 2008, através de atestado de conduta carcerária foi emitido outro relatório social e psicológico, contendo avaliação da Divisão de Segurança da SUSIPE.

**Relatório Social:**

*“(...) Neste HCTP, não desenvolve atividade laborativa nem educacional, no entanto, quando submetido a atividade de grupo ou mesmo no dia-a-dia consegue manter grande sociabilidade satisfatória. Mantém relacionamento cordial com os demais internos e funcionários. Não recebe visita de familiares pois estes residem no Piauí (...)”*

**Relatório Psicológico:**

*“ O paciente compareceu a sala algemado, em razoáveis condições higiênicas, acessível ao diálogo, com atenção concentrada, e orientado em relação a si, espaço e tempo. A apresentou discurso coerente, ideias encadeadas e pensamento organizado. Relatou com frieza o ato criminoso, dizendo não se lembrar do que havia acontecido no momento do ato. Porém foram encontradas contradições em seu discurso, o que denota pouca veracidade sobre tal esquecimento. Não foram encontrados sinais de delírios ou alucinações, arrependimento pelo crime cometido ou juízo crítico quando à extensão do mesmo. (...) O paciente faz uso regularmente de medicamento psicotrópico.*

**Avaliação da Divisão de Segurança:**

*“De acordo com levantamento realizado no prontuário do apenado em questão, não se tem registro em seus assentamentos de nenhum fato de ordem disciplinar que desabone sua conduta carcerária, mantendo até a presente data, comportamento compatível com as normas do regime fechado. (...)”*

As avaliações de conduta, que ora são definidas como carcerária em nada se diferencia do preso comum, daquele preso que não apresenta qualquer problema ou deficiência mental, deixando o louco infrator de possuir o tratamento especial que a própria legislação penal confere, mas conferindo a ele as mesmas regras, a submissão ao mesmo poder que aquele, considerado normal, deve se submeter, assim é que Raimundo Nonato compareceu ao exame, realizado dentro do hospital de custódia, devidamente algemado.

Ainda nesse contexto, de submissão do louco infrator, às mesmas regras de conduta do sentenciado a pena privativa de liberdade, a avaliação da Divisão de Segurança concluiu pela compatibilidade de comportamento com as normas do regime fechado, demonstra que o poder disciplinar é amplamente

evidenciado e sua prática nos hospitais de custódia é fator condicionante à internação.

O relatório psicológico tem a missão de verificar, diante da análise da conduta do interno, se seus comportamentos ou reações possuem qualquer referência de ordem hereditária e se as reações anormais possuem o condão de repercutir em suas atitudes. É com base nessa relação que os profissionais da área de saúde, podem considerar que tal conduta é psicopatológica, estando fora da normalidade, necessitando de intervenção.

Essa gama de disciplinarização é fruto do biopoder, que permite a complementação de práticas para a realização de atividades de individualização, exemplificadas na realização dessas avaliações individualizadas, sob a observância de regras de conduta existente nas instituições.

Em parecer psicológico, emitido em novembro de 2010, as impressões psicológicas foram favoráveis ao interno, no mesmo sentido do documento que fora emitido em 2008 pela SUSIPE.

Em abril de 2011 o juízo da 1ª VEP reiterou ofício solicitando agendamento para a realização da avaliação da cessação de periculosidade.

Em fevereiro de 2012 o juízo da 1ª VEP, por decisão determinou que, em virtude das diretrizes da lei antimanicomial, a SUSIPE providenciasse a realização do exame de cessação de periculosidade.

Somente em agosto de 2012 é que o laudo de cessação de periculosidade foi realizado e registrado sob o nº 8151/2012, com o seguinte teor:

#### VI. Subsídios ao laudo:

*“Parecer psicológico elaborado pela equipe técnica do Hospital de Custódia relata que o periciando teve pouca evolução no que diz respeito aos sintomas de suas doenças, que tem crises psicóticas nas quais delira e ouve vozes, que é apático e se isola da convivência. Reclama muito do longo período de internação ao mesmo tempo em que não se envolve nas atividades terapêuticas por se sentir fraco e não tem planos para quando deixar o hospital, apenas o de retomar sua vida incerta de andarilho. (...)*

## VII. Exame Psíquico:

*“Sob escolta e algemado. A conduta motora é calma, mas algo desconfiado e hostil e pouco colaborante. Vigil, desorientado no tempo. Afeto superficial, sem evidências diretas de distúrbios senso perceptivos, mas referidas pelo periciando. Pensamento lentificado e de conteúdo delirante tipo místico. Sem crítica ou noção de doença.*”

## VIII. Diagnóstico:

*“Esquizofrenia Paranóide, DIC 0 F20.0.”*

## IX. Comentários Psiquiátrico Forense:

*“O periciando é portador de transtorno mental crônico que o aliena por completo quando a condição de responder seus atos. Os sintomas estão presentes atuantes atualmente se manifestam através de delírios de grandeza e audição de vozes (...) A evolução ao longo da internação foi para a deterioração da sua personalidade (...) **O risco de reincidência delitual é elevado e o momento não é favorável a desinternação do periciando, devendo o tratamento ser continuado no regime e padrão atual.**”*

Em avaliação social de rotina realizada pela equipe do HCTP, não houve qualquer alteração da que fora realizada em 2008. Entretanto, a avaliação psicológica, forneceu a seguinte impressão:

*“ (...) Quanto à perspectiva para o futuro, manifesta o desejo de retorno a sua cidade de origem no Piauí, porém não apresenta laços familiares preservados, visto que o período que esteve neste HCTP, não recebeu visitas de parentes. Em caso de desinternação, faz-se necessário acompanhamento junto às unidades de rede de atenção à saúde mental como CAP’s e CRAS’s<sup>40</sup>.*”

O que se percebe é que à medida em que o interno passou internado, foi adquirindo condutas que o inseriram como produto do poder constituído. A reação do interno apresentada, naquela única oportunidade de voltar a viver outra realidade, fora do espaço asilar, é produto das interferências entre seu assujeitamento com essa relação de poder que o sujeito o subjuga, tornando-se um dispositivo.

Aqui o homem louco não é considerado como sujeito de direitos, é objeto de expiação e essa expiação, a partir da visão da perícia psiquiátrica,

<sup>40</sup> CAP – Centro de Atenção Psicossocial.

CRAS – Centro de Referência a Assistência Social.

Ambos são serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde que priorizam a atenção diária a pessoas portadoras de transtornos mentais.

ocorre por uma única vez, um único contato, com considerações tão somente do histórico do fato e da evidência dos jogos de verdade, nesse caso presente no laudo quando disse estar presente delírios de grandeza e audição de vozes.

As avaliações, mesmo com as deficiências apresentadas, realizadas pela equipe do hospital de custódia, demonstram, mesmo que minimamente, o contato com o periciando, ao contrário da avaliação realizada pela psiquiatra forense, cujo contato ocorre uma única vez por ocasião da realização da perícia, sem acompanhar a possível evolução ou involução do quadro de saúde mental do interno.

A atuação da psiquiatra no momento da emissão do laudo para verificação da periculosidade foi de forma contrária ao estudo realizado pela equipe que acompanha o interno no hospital de custódia. Nesse momento, a psiquiatra exerceu a futurologia ao determinar como elevado o índice de reincidência delitual. Ora, exercer esse juízo de valor a partir de um único contato que contraria todos os outros relatórios profissionais lavrados pela equipe do hospital de custódia, seria contrariar todo acompanhamento realizado, dia a dia, pela equipe do hospital. E por mais que haja carência no tratamento realizado, é essa equipe, a mesma que exerce o poder disciplinar, que acompanha a evolução do interno e que à luz da realidade possui condições de avaliar tal evolução.

Ademais, o tratamento que a perita afirma ser o adequado é a manutenção do interno excluído da sociedade, é mantê-lo privado de sua liberdade sob o tratamento da medicalização geral, sem qualquer especificidade com a doença apresentada.

O que se percebe é que a atuação da perita sempre leva em consideração o fato criminoso e a percepção, ou a falta dela, que o interno possa ter da realidade, sua atuação é pautada no passado, fazendo da perspectiva para o futuro a mesma atuação do passado.

Por razões de discrepâncias entre os relatórios técnicos da SUSIPE e a perícia de cessação de periculosidade realizada pelo Centro de Psiquiatria do Instituto Médico Legal, o juiz da 1ª VEP determinou a realização de um

estudo psicossocial pela equipe técnica da Vara, com o objetivo de elucidar os pontos conflitantes.

Dirimidos os pontos controversos, a equipe da Vara concluiu que o juiz deveria acompanhar o laudo pericial e renovar a medida de segurança. O que ocorreu, por mais três anos.

Depois de discorrer acerca das informações lançadas nos laudos e relatórios psicossociais do indivíduo em estudo, que se percebe é que o sistema penal no que diz respeito a medida de segurança não aplica o que dispõe a lei.

A inaplicabilidade que se refere diz respeito a inutilização da outra forma de submissão ao tratamento psiquiátrico: o ambulatorial. Nesse sentido, sabe-se que, ao inimputável cabe a medida de segurança sob duas modalidades: por internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou mediante tratamento ambulatorial.

Os laudos periciais apresentados em juízo, concluíram pela periculosidade e pela sua manutenção, respectivamente, concluindo que Raimundo Nonato não apresenta condições para retornar ao convívio social. O laudo aduz persistência de periculosidade e, principalmente, delinea o risco de, novamente, cometer crimes em razão de portar Esquizofrenia Paranóide.

No que diz respeito ao aspecto social, verifica-se que o periciando viveu e cresceu em um ambiente que pode ter estimulado sua vida para o crime, quando relatou que seu tio materno possuía histórico no mundo do crime. A vida pautada no uso constante de álcool e drogas, sem valores familiares e sociais permitiu a conclusão, pela perita, de que socialmente o periciando possuía inclinação à prática de delitos.

Já no que se refere aos critérios legais, entende-se que ficaram prejudicados haja vista a impossibilidade de verificação.

É evidente, no presente caso, a padronização do instrumento de avaliação, que se limita a ter parâmetro, tão somente, no que diz respeito a orientação espacial e temporal. Não foi verificado em nenhum momento, dentre os dezesseis anos que o periciando se encontra submetido à medida de

segurança, a realização de qualquer teste que pudesse revelar agressividade física.

Cumpra salientar, que episódios de agressividade e de crise, apresentados pelo periciando no decorrer da internação, podem ter ocorrido em virtude da ausência do uso de medicamentos e não em virtude de sua personalidade. Ausente, também, informações acerca do tratamento terapêutico dispensado do periciando durante sua internação no hospital de custódia, bem como de sua instrumentalização.

O tratamento dispensado à moléstia, não é mencionado no laudo pericial. Entretanto, nos relatórios da SUSIPE, verifica-se que se limita à distribuição de medicamentos com natureza psicotrópica, banho de sol e, algumas vezes, saídas ao Hospital das Clínicas quando faltam medicamentos no Departamento de Enfermagem da SUSIPE, além da saída para a realização do exame pericial para verificação da necessidade de manutenção ou cessação da periculosidade.

A justificativa apresentada pelo hospital de custódia acerca da manutenção do portador de doença mental em condições equiparadas à pena de prisão, é por eles considerada parte do tratamento, haja vista a necessidade de conter os impulsos de agressividade que podem ocorrer com outros internos ou, até mesmo, com a equipe de profissionais que desempenham suas atividades no hospital.

Essa prática de isolamento, que até hoje norteia esse tipo de medida, registra fundamentos no que Foucault chamou de o grande isolamento, onde a exclusão ocorre como forma de afastar do convívio social atores indesejados, como o que ocorreu com a *Nau dos Loucos*.

Desde então, Foucault, viu a necessidade de realizar um estudo individualizado, para que se pudesse conceituar o louco, entretanto essa individualização, dentro do panorama do hospital de custódia, é verificada, tão somente, no que se refere à realização da entrevista e do estudo social, pois a padronização dos laudos periciais é uma realidade que, ao que parece, está longe de ser eliminada.

Assim, conceituar o louco dentro de uma realidade criminal é proceder ao exame e constatação da existência do transtorno mental, esquecendo as circunstâncias e o tipo de crime cometido, pois somente pelo fato de portar uma doença mental o indivíduo já ganha o estereótipo de perigoso.

Diante de toda essa lastimável realidade, percebe-se a ausência no laudo, de meios que garantam sucesso na ressocialização do interno, como apoio familiar e a existência de políticas públicas que permitam a desinstitucionalização e o tratamento em meio ambulatorial.

A ausência dessas informações, como a forma de desenvolvimento terapêutico e a permissibilidade de contato com o meio extramuros, deixam lacunas no laudo, haja vista não apresentarem critérios claros que pudessem conduzir o perito à conclusão pela cessação da periculosidade.

O estado da conduta do periciando, à época da ocorrência do fato delituoso é fator primordial para justificar a manutenção e a não cessação da periculosidade, haja vista não haver qualquer menção a fatos novos, ocorridos durante o cumprimento da medida, que pudessem ensejar essa caracterização, razão pela qual, face, ainda, à ausência do fluxo clínico, fica complicado estabelecer uma evolução.

A natureza da medida de segurança, como visto alhures, é de tratamento, recuperação e não de pena, em que pese muitas vezes o periciando ter tido seu comportamento analisado segundo as regras disciplinares estabelecidas para os presídios, o que se deve aclarar é que a medida de segurança não é um castigo.

O que se percebe é que o antigo modelo *panopticon* utilizado como forma de normalização, continua sendo utilizado nos hospitais de custódia, o simples fato do interno ser recolhido em celas, escoltado e algemado quando precisa sair das dependências do hospital, demonstra que forte a vigilância e a disciplinarização, frutos do poder disciplinar, são formas de tratamento.

Questões como agressividade, usualmente estampada nos laudos, e potencial possibilidade de cometer infrações penais, são fatores que podem ser

demonstrados por qualquer indivíduo, não é característica exclusiva do portador de doença mental e para tanto não deve ser fator de quantificação de periculosidade. São questões circunstanciais que devem considerar um referencial para chegar a essa conclusão.

Diante da falibilidade desses laudos a dúvida permanece no sentido de descrever quais os critérios utilizados pelo perito para definir periculosidade e qual a razão, diante desse conceito, de mantê-lo submetido à medida de segurança. Baseado em que fator pode-se prever a probabilidade de delinquir?

Outro fator que coloca em xeque a confiabilidade e a validade do laudo é a ausência de uma equipe técnica para a realização do exame de cessação. Em todos os aspectos, seja por ocasião da realização da perícia oficial ou pelo estudo realizado por técnicos do sistema penal ou da vara de execução, a marca da ausência de psiquiatras atuando em conjunto com assistentes sociais e psicólogos é latente.

Todos esses aspectos revelam a fragilidade do exame de cessação de periculosidade e a manutenção da medida de segurança, indicada pelo laudo, só demonstra a ideia que o perito tem de segregar, de manter o doente mental fora do meio social, permitindo que ele não exerça os direitos a si conferidos pelo Estado Democrático de Direito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tomar o estudo do conceito de periculosidade do indivíduo portador de transtorno mental em conflito com a lei, foi, sem dúvida, um desafio, seja pela difícil delimitação do tema ou pelo incômodo que o assunto traz.

A atuação jurídica junto à 1ª Vara de Execuções Penais da Região Metropolitana de Belém permitiu o confronto com a triste realidade dos indivíduos portadores de patologias psiquiátricas que receberam a medida de segurança em virtude de terem cometido delitos e terem sido diagnosticados como perigosos.

A realidade do Estado do Pará, especialmente no local de estudo deste trabalho – o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – demonstra que as pessoas que sofreram a medida de segurança não são tratadas de acordo com os fundamentos que ensejaram sua aplicação.

Ao ter, na esfera do sistema penal, a periculosidade como critério para submissão ao tratamento psiquiátrico, o indivíduo fica segregado e, diante disso, passa, de forma forçada, por um processo de normalização para que se adaptar aos padrões estabelecidos pela sociedade, como os de convivência social.

Ainda sob segregação o indivíduo enfrenta, por diversas vezes, a ilusão de voltar ao convívio social através da realização de uma “consulta”, onde serão, novamente, verificados sua conduta, a evolução de seu “tratamento”, além de suas condições pessoais, de higiene e orientação.

Entretanto, a periculosidade por possuir conceito indefinível, sem qualquer capacidade de mensuração, é parâmetro para a manutenção ou desinternação desse sujeito. Assim, percebe-se que o laudo de cessação de periculosidade produz respostas padronizadas a comportamentos padronizados por crises, violência, crime e reclusão no espaço manicomial/prisional.

A partir do momento que o incidente de insanidade mental é instaurado, confirmado, mais tarde, pelo laudo, todas as saídas se fecham ao sujeito *não sujeito*. E a ele, a única coisa que se tem a oferecer é o silêncio

entre o risco e a periculosidade, onde as distorções no trato do portador de transtorno mental infrator são criminosas.

Foucault (2002) já advertia que o exame deve permitir a demarcação dicotômica entre a doença e a responsabilidade, entre a causalidade patológica e a liberdade do sujeito, entre a terapêutica e a punição, entre medicina e a penalidade, hospital e prisão, devendo seguir o princípio de que quando a criminalidade entra em cena o patológico deve desaparecer.

É esse risco acerca da periculosidade que permite ao direito penal o exercício de um jogo de futurologia, no qual aquele indivíduo, pautado como perigoso, e como tal rotulado, deve permanecer internado em virtude de uma provável possibilidade de voltar a cometer crimes.

A realidade empírica, mostra que não existe qualquer relação entre a loucura e o crime, isto é, não há, necessariamente, uma vinculação entre o cometimento de crime em razão da loucura ou que todos os loucos sejam criminosos. O que ocorre, é a contribuição de diversos fatores para a eclosão de uma situação que pode abater a sociedade.

A ideia que assolava o final do século XIX e início do século XX, de que os loucos seriam como animais e somente com o medo e o respeito aprenderiam viver em grupo, permanece até hoje. No entanto, o tratamento dispensado a eles, está mais voltado ao medo do que ao respeito.

A internação desses loucos infratores, sob a perspectiva de Foucault (2013), é útil para a sociedade, à medida que a lei penal, determina sua internação como forma de corrigir o prejuízo causado pelo dano, resultado do crime.

A relação da psiquiatria com o direito penal, de fato, ainda é um caminho confuso. Essa confusão ocorre, diante análise do caso trazido, em virtude da expressão da subjetividade do perito, ao considerar aspectos momentâneos, trazidos pela figura do portador de doença mental em conflito com a lei por ocasião daquela entrevista singular.

Em especial no caso do Hospital de Custódia, a análise desse único caso, que foi objeto de estudo do presente trabalho, representa a maioria da população daquele local. Pessoas são mantidas sob confinamento, sempre à

espera de um exame, que, geralmente demora cerca de dois a três anos para acontecer, e que sempre são desfavoráveis à internação.

A medida de segurança acaba por ser um instituto protecionista, mas produtor de dupla exclusão, onde o diferente não é tratado com direito ao reconhecimento dessa diferença, mas de forma diferente, que sob o argumento de inserir segrega.

A realidade apresentada evidencia que direitos individuais fundamentais são suplantados, a afronta ao Estado Democrático de Direito e a desconstituição da cidadania de pessoas que poderiam receber tratamento ambulatorial, por meio de uma rede de atenção psicossocial, e ser reinseridas na sociedade com apoio da família, como prevê a lei antimanicomial, há mais de catorze anos em vigor.

Nesse aspecto, a Lei de Execuções Penais, considerada avançada e garantidora de direitos, frente a outros países, deixa a desejar no que se refere a garantir tratamento humanizado e voltado à reinserção social ao portador de transtorno mental submetido à medida de segurança.

Ademais, cumpre mencionar que o Estado do Pará, não está cumprindo com o que dispõe a lei antimanicomial. Inexiste, dentre os Poderes Executivo e Judiciário qualquer planejamento oficial de construção de rede assistencial que promova a desinternação do louco infrator e ofereça tratamento ambulatorial em CAPs ou CRASs. O que se percebe, quando se está inserido no problema, é que por se tratar de uma medida jurídico penal, a responsabilidade deixa de ter vinculação com esses poderes e passa a ser de responsabilidade da Superintendência do Sistema Penal.

## REFERÊNCIAS

- ABDALLA, Elias Filho. Avaliação do Risco. *In*: TOBORDA, José G.V.
- AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo?. Disponível em <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>>. Acesso em: ago.2015.
- AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- BARROS, Denise Dias. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. *In*: AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994a.
- BARROS, Denise Dias. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EdUSP: Lemos Editorial, 1994b.
- BAUMAN, Zygmunt. O mal-estar da Pós Modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.
- BITTAR, Neusa. Medicina legal e noções de criminalística. 4.ed. São Paulo: JusPodvum, 2015.
- BRASIL. Código Penal. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2012.
- \_\_\_\_\_. Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: set 2014.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: set. 2014.
- BONFIM, Thiago. Sujeito de Direito e Direito sem sujeito. Disponível em: [http://www.unifacs.br/revistajuridica/arquivo/edicao\\_janeiro2003/convidados/convidado02.doc](http://www.unifacs.br/revistajuridica/arquivo/edicao_janeiro2003/convidados/convidado02.doc). Acesso em 06 out. 2015.
- BRUNO, ANÍBAL. Direito Penal – Parte Geral – Pena e Medida de Segurança. Rio de Janeiro: Forense, 2009.
- CALDEIRA, Felipe Machado. Evolução Histórica, Filosófica e Teórica da Pena. *Revista Escola da Magistratura do Estado do Rio de Janeiro*, v. 12, n. 45, p. 255-272, 2009.
- CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 5.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CARRARA, Sérgio Luis. A História Esquecida: Os Manicômios Judiciários no Brasil. *In* Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, São Paulo: 2010, p. 16-29.

CARRILHO, Heitor. Psicogênese e determinação pericial da periculosidade. In.: Conferência Nacional de Neuro-Psiquiatria da Associação Paulista de Medicina. São Paulo, 1948, pp. 25-46.

CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013.

CHALUB, Miguel, ABDALLA, Elias Filho (coord.). Psiquiatria Forense. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CHENIAUX, Elie. Manual de Psicopatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2.ed.

COMISSÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. et. al. Inspeção nacional de unidades psiquiátricas em prol dos direitos humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. Brasília: [s.n.], jul. 2004.

COSTA, Augusto César de Farias. Direito, Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento da Educação na Saúde; ARANHA, Márcio Iorio (Org.). Direito sanitário e saúde pública. Coletânea de textos, v. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 143-178.

JESUS, Damásio de. Direito Penal. São Paulo: Saraiva, 1999.

DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo. In: Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/48275693/O-que-e-um-dispositivo-Gilles-Deleuze>. Acesso em 06. Out. 2015.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos). In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida. Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis: Vozes, co-edição ABRASCO, 2001. p. 171-202).

EWALD. François. Foucault, a norma e o direito. Lisboa: Veja, 1993.

FERRARI, Eduardo Reale. Medidas de segurança e direito penal no estado democrático de direito. São Paulo: RT, 2001.

FERRI, Enrico. Os princípios de Direito Criminal: o criminoso e o crime. São Paulo: Livraria Acadêmica/Saraiva, 1931.

\_\_\_\_\_. Os criminosos na arte e na literatura. Porto Alegre: Lenz, 2001.

FHILLIPS, Adam. Louco para ser normal. Trad. Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

FONSECA, Márcio Alves; VEIGA NETO, Alfredo (Orgs.). O mesmo e o outro: 50 anos da História da loucura. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: o nascimento da prisão. Petrópolis, Ed. Vozes, 8. Ed, 1991.

\_\_\_\_\_. A História da Loucura. São Paulo: ed. Perspectiva, 2000.

\_\_\_\_\_. Sobre a história da sexualidade. In: M. Foucault, *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995a.

\_\_\_\_\_. O Sujeito e o Poder. *In*: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. Michel Foucault - Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b.

\_\_\_\_\_. Os Anormais. Curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002.

\_\_\_\_\_. História da Loucura na Idade Clássica. 7.ed. São Paulo: Perspectiva, 2004a.

\_\_\_\_\_. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense, 2005.

\_\_\_\_\_. Nascimento da Biopolítica. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. A Verdade e as Formas Jurídicas. Rio de Janeiro: Nau, 2013.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. Lições de Direito Penal: parte geral. 8.ed. Rio de Janeiro: Forense, 1985.

GARCIA, José Alves. Psicopatologia forense. Rio de Janeiro: Forense, 1945.

GOMES, Luiz Flávio, BIANCHINI, Alice. Direito Penal do Inimigo e os inimigos do Direito Penal. *In*: Revista Electrónica del Centro de Investigaciones Criminológicas de la USMP-PERÚ. 2.ed. 2006.

GONÇALVES, Carlos Roberto. Direito Civil Brasileiro. São Paulo: Saraiva, 2011.

HUNGRIA, Nelson. Ciclo de Conferências sobre o Anteprojeto do Código Penal Brasileiro. São Paulo: Imprensa Oficial, 1965.

HUNGRIA, Nelson e FRAGOSO, Heleno. Comentários ao Código Penal. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

KELSEN, Hans. Teoria Pura do Direito. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. E-Book. ISBN 83-336-0836-5. Disponível em: <<http://portalconservador.com/livros/Hans-Kelsen-Teoria-Pura-do-Direito.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2015

MATTOS, Virgílio de. Crime e psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução da medida de segurança. Rio de Janeiro: Renavan, 2006.

MECLER, Kátia. Periculosidade: Evolução e aplicação do conceito. *In*: Revista Brasileira crescimento e desenvolvimento humano [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 70-82. ISSN 0104-1282.

MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>>. Acesso em: 25 jun. 2015.

MOURA, Luiz Antônio. Imputabilidade, semi-imputabilidade e inimputabilidade. *In*: Claudio Cohen, Flavio Carvalho Ferraz e Marco Segre (orgs.), Saúde mental, crime e justiça. São Paulo, 85-104, 1996.

PACCININI, J. Walmor. História da psiquiatria: psiquiatria forense no Brasil a partir de suas publicações (II). *Psychiatry on line Brazil*, v.7, n. 6, jun, 2002. Disponível em <<http://polbr.med.br/ano02/wall0602.php>>. Acesso em: set 2014.

PERES, Maria Fernanda Tourinho. Doença e Delito: relação entre prática psiquiátrica e poder judiciário no Hospital de Custódia e Tratamento de Salvador, Bahia. 295f. Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1997.

RAUTER, Cristina; PEIXOTO, Paulo de Tarso de Castro. Psiquiatria, Saúde Mental e Biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. *In*: Psicologia em Estudo. Maringá, v.12, n. 2, p.267-275, abr./jun. 2009.

RESENDE, J. A. O portador de transtorno mental Infrator e o benefício de prestação continuada: direito ou negação. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

RIBEIRO, Bruno de Moraes. Medidas de Segurança. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1998.

SILVA, Magali Milene. A Saúde Mental e a Fabricação da Normalidade: Uma crítica aos Excessos do Ideal Normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. *In*: Interação em Psicologia, Curitiba, jan./jul 2008, 12 (1), p.141-150.

SOUTO, Ronyá Soares de Brito. Medidas de Segurança: da criminalização da doença aos limites do poder de punir. *In*: CARVALHO, Salo de (coord.) Crítica à execução penal. 2.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007.

VERMERE, Patrice. O que é um louco? *In*: MUCHAIL, Salma Tannus, Márcio Alves da Fonseca, Alfredo Veiga Neto (Orgs.) O mesmo e o outro: 50 anos de História da Loucura. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. A questão Criminal. 1.ed. Rio de Janeiro: Revan, 2013. 1ª reimpressão, 2015.

ZAFFARONI, Eugenio Raúl e José Henrique Pierangeli. Manual de direito penal brasileiro. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2004.

# ANEXOS

## **GRADE DE CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO DO LAUDO DE PERICULOSIDADE:**

### **Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – Satepsi<sup>41</sup>**

#### **a) Gravidade do delito (GD):**

O item foi incluído como consequência da observação de que pouquíssimos laudos dão relevância a natureza do delito praticado pelo periciado. Na maioria dos laudos o que se encontra a respeito é uma mera citação numérica do artigo do Código Penal infringido.

#### **b) Antecedentes: criminal e psiquiátrico**

Quase como no item anterior, encontra-se diminuta ocorrência de menção da história criminal e psiquiátrica do periciado, anterior ao cometimento do delito e consequente internação.

#### **c) Sintomas produtivos**

Ao contrário dos itens anteriores, foi possível observar que era mencionada frequentemente nas conclusões dos laudos, ou seja, a presença ou a remissão dos sintomas como condições importantes na aferição de periculosidade. É importante mencionar que este critério assim como todos os outros foram construídos a partir de expressões utilizadas pelos peritos. No caso dos sintomas produtivos foi considerada menção à presença ou não de "alucinações", "ideação delirante", "agitação psicomotora", "sintomatologia psicótica", "crise convulsiva" (no caso de pacientes epiléticos).

A sistemática adotada considerou se constava ou não a menção, sendo que nos casos em que constava, procurou-se identificar os casos em que havia presença ou ausência de tais sintomas.

---

<sup>41</sup> Instituído pelo Conselho Federal de Psicologia em 2003 para qualificar os instrumentos de medida no processo de avaliação psicológica.

**d) Sintomas negativos**

O mesmo enfoque aplicado ao critério anterior foi empregado neste item. É considerada a sintomatologia negativa a menção ao comprometimento ou não, nas funções da vontade, pragmatismo e afetividade. As expressões: "defeito", "residual", "deterioração" também foram consideradas.

**e) Apoio sócio-familiar**

Foi considerado valorização a este item as seguintes referências:

- menção à visita ou não dos familiares do periciado;
- menção ao desejo dos familiares quanto à volta do periciado ao lar;
- o condicionamento do resultado do laudo à existência do apoio familiar.

**f) Comportamento**

Foi considerado quando havia citação aos seguintes itens:

- realização de atividade produtiva para instituição;
- participação em atividades de grupo;
- relacionamento com funcionários e demais internos;
- comportamento em saídas para visitas a familiares;
- relato de fuga.

**g) Juízo crítico**

Considerado como um critério quando havia descrição à consciência do periciado acerca do delito praticado; e/ou de sua doença e da importância de seguir a terapia recomendada, especialmente no que se refere a ingestão de medicamentos.

## **h) Diagnóstico**

Em determinadas situações é possível observar que o perito, em função de determinadas categorias nosológicas apresentadas pelo paciente justifica sua conclusão.

## **i) Parecer da equipe técnica**

O critério é considerado quando há citação dos seguintes itens:

- a opinião da equipe técnica;
- os relatórios emitidos pela equipe;
- o trabalho da equipe junto ao periciado.

Cabe ressaltar aqui, que os relatórios da equipe técnica (psiquiatra, psicólogo e assistente social), são encaminhados à Vara de Execução Penal, anexados ao ECP.

- Instrumentos utilizados pela Psiquiatria para avaliar e conferir fidedignidade às previsões voltadas ao risco do comportamento violento, conhecido como escala Hare<sup>42</sup>

## **Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R)**

O PCL-R baseia-se no conceito clássico de psicopatia. O PCL-R contém 20 itens escolhidos de forma a avaliar comportamentos e traços emocionais característicos da personalidade psicopática.

## **Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11)**

O BIS-11 foi desenvolvido para medir os três principais componentes da impulsividade: o motor, o cognitivo e a ausência de planejamento.

---

<sup>42</sup> Instituído como prática obrigatória, a partir de 1970, quando se observou que a avaliação do risco de violência esta inadequada.

## **Historical, Clinical and Risk Management Violence Risk Assessment Scheme (HCR-20):**

O HCR-20 é um instrumento especialmente desenvolvido para avaliação do risco de comportamento violento futuro em populações psiquiátricas e criminosas. No HCR-20 há 20 itens individuais, divididos em suas respectivas subescalas: itens históricos, clínicos e de manejo de risco. Sob cada item há uma breve descrição da literatura relevante e o esquema de codificação para o mesmo. Os principais fatores de risco do HCR-20 são:

### **- Itens históricos:**

1. Violência prévia;
2. Idade precoce no primeiro incidente violento;
3. Instabilidade nos relacionamentos;
4. Problemas no emprego;
5. Problemas com Uso de Substâncias;
6. Doença mental importante;
7. Psicopatia;
8. Desajuste precoce;
9. Transtorno de personalidade;
10. Fracasso em supervisão prévia.

### **- Itens clínicos:**

1. Falta de insight;
2. Atitudes negativas;

3. Sintomas ativos de doença mental importante;
4. Impulsividade;
5. Sem resposta ao tratamento.

**- Itens de manejo de risco:**

1. Planos sem viabilidade;
2. Exposição a fatores desestabilizantes;
3. Falta de apoio pessoal;
4. Não aderência às tentativas de tratamento;
5. Estresse.